

Périer (M. R.).
Diss. Paris: 1911.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

276

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. ROMAIN PÉRIER

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Grenoble, le 9 Juillet 1882.

De la Reposition

et du

Plissement cosmétique

du Pavillon de l'oreille



Président : M. RECLUS, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		WIDAL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHAUFFARD
		ROGER.
Clinique médicale.....		HAYEM.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GILBERT.
Clinique des maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....		N ..
		QUENU.
Clinique chirurgicale.....		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....		DELBET (Pierre).
Clinique des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE.
		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
		BAR.
Clinique gynécologique.....		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON.
		ROBIN.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGRE	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	RETTERRER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur RECLUS

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE GRENOBLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Docteur RECLUS, hôpital Laënnec, 1905.

Externat

MM. le Docteur ARROU, hôpital Saint-Louis, 1905-1906.

le Docteur Fernand BEZANÇON, { hôpital Boucicaut,
le Docteur Louis FOURNIER, { 1906-1907.

Internat

MM. le Docteur THIÉRY, hôpital Tenon, 1907-1908.

le Docteur ROUTIER, hôpital Necker, 1908-1909.

le Docteur MORESTIN, hôpital Tenon, 1909-1910.

le Docteur RIEFFEL, hôpital Saint-Louis, 1910.

le Docteur MICHON, hôpital Cochin annexe, 1911.

A MM. les Docteurs ALGLAVE, CUNEO, ERTZBICHOFF, GUIBÉ, WIART.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551628_0071

INTRODUCTION

Les anomalies du pavillon de l'oreille forment un ensemble très vaste et intéressent à des degrés divers médecins auristes et chirurgiens.

Un premier groupe est constitué par des malformations complexes : elles sont en général caractérisées par l'atrophie ou l'absence du pavillon, coïncidant le plus souvent avec l'atrésie ou l'absence du conduit auditif externe, avec des lésions de l'oreille moyenne et de l'oreille interne : des anomalies du voile du palais, des mâchoires, la paralysie faciale sont fréquemment associées à ces troubles d'évolution.

Dans un deuxième groupe on peut ranger les fistules congénitales, restes de la première fente branchiale, les cas d'implantation anormale du pavillon et de polyotie, l'adhérence du lobule ou sa division, l'accolement du tragus et de l'antitragus.

Nous laisserons de côté les malformations complexes, contre lesquelles la chirurgie est impuissante, et les anomalies du second groupe, qui sont d'importance secondaire.

Nous ne nous occuperons qu'accessoirement de la macrotie, dont les traités parlent à profusion, pour nous attacher à l'étude et à la correction d'une lésion très

fréquente et cependant bien négligée dans les livres : les vices d'orientation du pavillon.

Cette difformité a reçu les noms les plus divers : oreilles proéminentes, oreilles en anse, oreilles décollées, éversion du pavillon, etc. Il est des cas simples où l'oreille est seulement écartée des parois du crâne, et des cas plus complexes où à la direction vicieuse se joignent des anomalies de configuration du pavillon et des anomalies de contour de l'hélix.

Ces déviations, simples ou accompagnées d'étalement du pavillon, sont, comme nous le verrons, congénitales pour la plupart. Ce sont elles seules que nous aurons en vue. Nous ne ferons donc que mentionner, pour les éliminer, les cas où cette disposition de l'une ou l'autre des oreilles, sinon des deux, est due à des traumatismes; plaies, brûlures, suppurations, phlegmons diffus (Jobert de Lamballe), toutes pertes de substance en un mot, qui déterminent des adhérences, des cicatrices fixant le pavillon en position vicieuse. Signalons en outre les cas où cette disposition est due à un fibrome développé à la face postérieure de la conque (Triquet, Bouisson) ou à une saillie anormale de l'apophyse mastoïde. Enfin, les opérations pour mastoïdites ou corps étrangers peuvent produire le même résultat ; mais ces faits sont du domaine de la spécialité.

DESCRIPTION

Avant de décrire la difformité qui fait l'objet de notre travail, nous allons exposer aussi succinctement que possible, la configuration normale de l'oreille externe, ainsi que sa position par rapport aux parties latérales du crâne.

Normalement, l'oreille a une direction antéropostérieure et s'attache à la région mastoïdienne, en formant un angle à sinus dirigé en arrière, qui mesure en moyenne 15 à 20 degrés : c'est l'angle d'insertion, l'angle auriculo-temporal de Frigerio, l'angle céphalo-auriculaire de Testut.

La configuration typique de l'oreille est due aux dépressions et saillies de la peau qui recouvre le cartilage : la disposition normale de l'hélix, de l'anthélix et de la conque nous intéressera particulièrement. La conque est une excavation qui mesure 25 millimètres de hauteur et 15 à 18 millimètres de largeur, et forme la pièce principale du pavillon. L'hélix est un repli régulier, bien ourlé, limitant une gouttière demi-circulaire : il naît par une racine, dont l'origine subdivise le fond de la conque en deux cavités secondaires, et se termine insensiblement à la partie postéro-inférieure du pavillon. L'anthélix est la saillie qui comble l'espace compris entre l'hélix et la

conque : il prend naissance un peu au-dessus de la queue de l'hélix, se porte en haut et se divise en deux branches, circonscrivant une petite fossette, appelée fossette triangulaire ou naviculaire : l'une, supérieure, est arrondie et mousse ; l'autre, inférieure, forme la limite supérieure de la conque.



FIG. 1. — *Aspect normal obtenu par la reposition.*

Les saillies et dépressions sont, d'une façon générale, plus accusées sur le cartilage que sur l'oreille revêtue de ses téguments ; les épaisissements du cartilage — ceux-ci surtout marqués à la face interne, au niveau de la partie moyenne de la conque notamment — donnent insertions aux muscles et ligaments destinés à maintenir en position les différents reliefs du pavillon.

Mais que viennent à disparaître ces saillies normales ou qu'elles soient simplement modifiées, vont se trouver réunies les conditions de direction défectueuse et de configuration anormale, qui ont pour aboutissant l'oreille plate et décollée.

Pour en faciliter la description, nous étudierons séparément la question d'attitude de l'oreille et sa forme extérieure. Si quelques cas ne relèvent que de la direction

vicieuse, la plupart offrent à la fois une orientation défectueuse et une configuration anormale des reliefs.

a) **Anomalies de direction.** — Le pavillon s'écarte du crâne et tend à former avec la surface mastoïdienne un angle plus ouvert que l'angle normal, angle droit ou même obtus. On observe tous les degrés entre une légère exagération de la disposition typique et l'extrême protrusion des oreilles. Quand les pavillons sont orientés dans le sens frontal, « ils rappellent assez bien, dit Testut, lorsqu'on les regarde de face, les deux anses que l'on voit sur les côtés de nos vases culinaires (marmites) », d'où le nom d'oreilles en anse qu'on leur a donné.

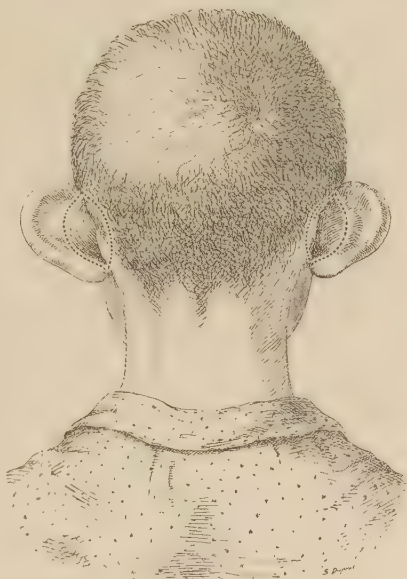


FIG. 2.

Cette déviation transversale du pavillon est la plus commune des difformités : la face postérieure de l'oreille est alors aussi étendue que l'antérieure, quand normalement, elle doit être d'un tiers moins grande : cette face postérieure est devenue antérieure.

Cocheril distingue en outre :

1° L'enroulement du pavillon autour de l'axe vertical avec soudure du bord postérieur de l'hélix aux parties antérieures ;

2° L'inflexion du pavillon de haut en bas, dans le sens horizontal.

Il est de fait qu'à l'ordinaire l'écartement n'est pas le même pour toute la hauteur du pavillon : il est plus marqué au niveau de l'extrémité supérieure. Il n'est pas rare que celle-ci soit éversée considérablement, alors que l'écartement du reste du pavillon est très modéré. Chez certains sujets, cette tendance s'exagérant encore, on voit la partie supérieure du pavillon, rabattue en avant, se recourber, se replier vers le conque et le conduit auditif externe : le pavillon est tombant, comme cassé ; l'hélix forme clapet et peut venir adhérer à la région du tragus.

Cette disposition tient à une plicature rigide du cartilage, plicature horizontale, oblique ou verticale, ou à une coudure du cartilage peu après la naissance de l'hélix : l'enroulement du pavillon est facilement corrigé par la pression de la main, mais se reproduit aussitôt.

b) Anomalies de configuration. — Une autre série de malformations très communes, tantôt observées isolément, tantôt et beaucoup plus souvent s'ajoutant aux anomalies de direction, consiste dans le déplissement et l'étalement du pavillon. Ici les cas varient à l'infini : la description en est malaisée. Nous essaierons de la schématiser de notre mieux.

La conque est en général amplifiée dans ses dimensions. Dans le cas de M. Ombrédanne, que nous rapportons plus loin, elle atteignait 36 millimètres de haut sur 21 millimètres de large. Elle est en outre plus spacieuse, plus creuse, d'où convexité très accusée à la face interne.

Quelquefois on y voit deux ou trois ramifications de la racine de l'hélix.

L'anthélix est rarement très développé aux dépens de l'hélix affaissé. Il peut manquer complètement. Le plus souvent on observe *l'absence d'une de ses branches de bifurcation, la postérieure surtout* (v. fig. 3). La partie supérieure de l'oreille n'a plus ce tuteur important et a tendance à se replier. La fossette triangulaire est inexistante : aucun relief ne la limite. Parfois, l'anthélix s'anastomose avec la racine de l'hélix.

En certains points, le cartilage n'a pas sa consistance normale : il est ramolli, mince et comme transparent ; ailleurs, il est au contraire doublé de volume, résistant et exubérant : il s'y voit des saillies anormales (pourtour supérieur de la conque) formant de véritables crêtes.



FIG. 3.

Ce qui, en somme, frappe le plus c'est l'insuffisance de plissement du pavillon, qui, par suite, est augmenté dans ses dimensions et étalé, réduit à une simple lame, lisse, plate et unie.

L'hélix est élargi ou n'est pas enroulé et ne limite pas de gouttière. Son bord supérieur est parfois échancré ou fait complètement défaut. On note très fréquemment la

présence sur le bord du tiers supérieur de l'hélix du tubercule de Darwin, renflement mousse ou effilé, très visible en avant et en arrière. Schwalbe en a décrit plusieurs formes : il semble qu'il y ait là excès de substance cutanée et cartilagineuse, analogue à l'exubérance du cartilage que l'on note en d'autres points du pavillon.

Il a été dit que ces difformités affectent les femmes plus souvent que les hommes. Ces anomalies portent tantôt sur une oreille, tantôt sur les deux, et le plus souvent, sont plus accusées d'un côté que de l'autre.

En définitive, cette déformation est une injure grave apportée à notre esthétique. Ce n'est pas du reste le seul intérêt que présenterait cette difformité : le pavillon de l'oreille aurait peut-être d'autres fonctions que l'harmonie du visage à laquelle il contribue : l'accord n'est pas encore fait à ce sujet.

Certains physiologistes ont reconnu en effet, que la finesse de l'ouïe était en rapport avec les saillies et dépressions du pavillon et que l'absence de plicatures diminuait l'acuité auditive. Ce serait là une notion absolument négligeable, car il est à noter que l'affaiblissement de l'ouïe n'est pas fonction de la direction vicieuse et de l'étalement du pavillon, mais relève de malformations du conduit auditif, de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne. Le pavillon n'aurait chez l'homme qu'un rôle des plus effacés et sa perte — sans influence sur l'audition — rendrait seulement plus difficile la localisation et la détermination de la source sonore (Black et Burkner).

L'OREILLE ANORMALE. — SA SIGNIFICATION

L'oreille en anse, ainsi que toutes les déformations de cet organe, constitue un stigmate important de dégénérescence, comme il résulte de l'observation courante.

Dès l'antiquité, le fait est démontré. Sur les statues de nains, de grotesques, d'imbéciles ou d'aliénés des époques les plus reculées, on trouve la disposition des oreilles, fortement écartées du crâne, encadrant presque la tête et contribuant pour une large part à la physionomie toute particulière du sujet. Ce qui nous prouve que les anciens n'avaient pas laissé échapper le plus petit détail de dégénérescence.

A titre de curiosité nous reproduisons la description, que donne le catalogue du musée du Louvre, d'une terre cuite de Myrina « figure imberbe, crâne chauve et pointu, nez démesurément long et busqué, bouche largement fendue et ouverte, montrant toutes ses dents, larges oreilles écartées de la tête, sourcils relevés, menton fuyant. »

La plus ancienne école d'Egypte, l'école Memphite, nous a laissé, parmi plusieurs chefs-d'œuvre, quelques types de nains, qui nous intéressent : l'un d'eux est pourvu « d'une tête grosse, allongée, cantonnée de deux vastes oreilles décollées — figure niaise, ptosis unilatéral, bouche mal fendue. »

Les Grecs n'étaient pas moins habiles à représenter les dégénérés : ils avaient noté la forme de leur nez et de leurs oreilles. Dans quatre terres cuites, reproduites dans un article du Dr F. Regnault, la figure est stupide, un rire bestial fait ressortir d'épaisses lèvres : le prognathisme facial rend saillant un nez court, plat, triangulaire ; d'immenses oreilles, complètement détachées du crâne, implantées à angle droit, encadrent le visage. La figure exprime la maladie et la souffrance.

Féré et Ségla, au reste, ont rencontré au musée des Antiques la plupart des déformations courantes de l'oreille des dégénérés.

En dehors de l'art, la littérature nous donne des preuves de la connaissance et de l'observation de ces mêmes faits. Nous ne citerons que quelques exemples : Hercule, qui était épileptique, est représenté avec de grandes oreilles, qui se dressaient, quand il mangeait.

Procopé, historien grec (323) compare dans ses écrits « l'empereur Justinien à un âne, non seulement à cause de sa pesanteur d'esprit et de sa bêtise, mais encore eu égard à ses grandes oreilles mobiles, qui le firent nommer maître baudet par ses ennemis... ».

L'histoire des derniers siècles nous fournit également de nombreux exemples, qui ne sont pas sans intérêt : une visite au musée du Louvre nous permet de nous en rendre compte.

De beaux cas de cette malformation de l'oreille se rencontrent chez quelques membres de la famille de Valois et de celle de Bourbon (entre autre Charles VIII qui était hydrocéphale et possédait de grandes oreilles) ; les Habsbourg et notamment la branche espagnole (Philippe II,

Philippe IV, Charles II) en furent pourvus. L'impératrice Marie-Louise, fille de François II, avait de grandes oreilles, qu'elle s'amusaît — dit-on — à faire tourner sur elles-mêmes, ce qui était une des joies de la Cour.

De meilleurs exemples encore nous sont donnés par les membres de la famille de Wittelsbach.

Louis II, de Bavière, un prototype de dégénéré, débile mental, avait de fort longues et larges oreilles. De même, le roi actuel de Bavière, Otton, qui est fou du reste.

Nous rappellerons un dernier cas : c'est celui du prince impérial, encore qu'il n'ait pas été un dégénéré, dit-on. L'impératrice Eugénie, s'adressant un jour au prince, lui aurait dit : « Agite donc tes oreilles, il fait trop chaud ici. » De fait, il avait de vastes oreilles, qui lui valurent le surnom de « l'oreillard ». On le représentait sur les caricatures de l'époque avec d'immenses oreilles...

Les stigmates de dégénérescence abondent dans les familles princières ; nous pourrions en citer d'autres exemples. Ils résultent, évidemment, outre la consanguinité, des nombreuses tares qui les affectent.

Nous pensons que cet aperçu historique n'est pas sans intérêt, car il nous guide dans l'étude systématisée de cette malformation.

En somme, tantôt l'éversion du pavillon constitue un signe isolé ; ce serait, d'après Gilbert Ballet, l'apanage des dégénérés supérieurs, ce qui n'est pas une règle absolue, loin de là. Tantôt, et le plus souvent, à cette déformation s'associent d'autres stigmates physiques ou psychiques, formant le « bloc dégénératif ».

Chez le dégénéré, en effet, à côté de l'oreille quasi géante ou de l'oreille « en plat à barbe » caractérisée par

une conque spacieuse et fortement excavée, on rencontre fréquemment des anomalies de forme, de direction, et surtout l'orientation transversale du pavillon, saillant en dehors, attitude qui imprime à la physionomie cette expression de niaiserie, qui caractérise le simple.

Le plus souvent, d'après les auteurs, ces individus sont des êtres chétifs, pourvus de dystrophies de toutes sortes, à développement cérébral incomplet, de déchéance intellectuelle marquée : ce sont des débiles.

A l'asymétrie crâniofaciale, fréquemment observée, se joignent du prognathisme et des anomalies dentaires.

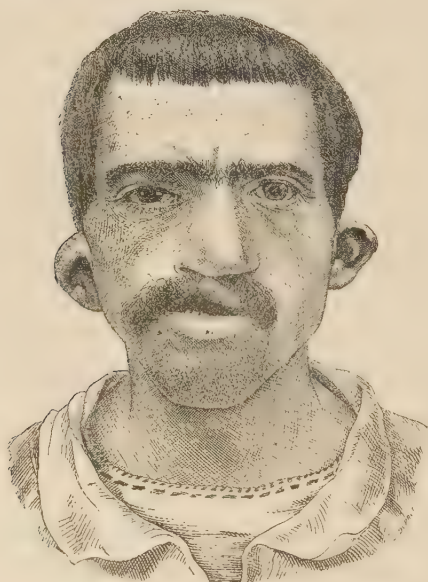


FIG. 4.

D'aucuns présentent des palmures digitales, de la polydactylie ou de la syndactylie. D'autres des déviations du nez, des fissures de la voûte palatine, un bec-de-lièvre (voir fig. 4). Chez certains dégénérés enfin, on relève une malformation des organes génitaux (hypospadias, cryptorchidie, etc.). Variot a signalé un cas intéressant de plissement

irrégulier et exagéré du fibrocartilage coïncidant avec une malformation congénitale du cœur.

Beaucoup de ces tarés sont des hérédosyphilitiques : en

effet, les malformations de l'oreille se rencontrent dans 14 pour 100 des cas de stigmates d'hérédosyphilis d'après E. Fournier.

Selon Buchanam, l'oreille est fréquemment détachée de la tête dans les races inférieures, chez les Kabyles, les Mongols ; elle serait souvent difforme chez les Fellahs, les Bérabères, les nègres. C'est surtout chez les aliénés qu'elle est déformée, d'après Lannois, Féré et Huet.

On sait que, pour Lombroso, les anomalies de l'oreille comptent parmi les meilleurs signes physiques permettant d'affirmer qu'un individu est criminel : il trouve cette déformation dans 37 pour 100 des cas. Les statistiques de Marro sont inférieures à ce chiffre (7 p. 100). Par contre, Gradenigo, Lannois, Vali de Budapest et bien d'autres encore ont constaté l'oreille anormale chez des sujets absolument sains.

« L'oreille en anse » n'est pas qu'un stigmate de dégénérescence. Bien plus, c'est un signe distinctif de grande importance, et l'observation là encore est venue nous apporter un certain nombre de conclusions. La transition n'est du reste pas toujours si facile à saisir entre l'oreille normale et l'oreille anormale. On peut dire qu'il n'existe pas deux personnes ayant le même pavillon. Lavater et Joux en ont conclu qu'ils pouvaient déduire le caractère de l'individu d'après la forme extérieure de son oreille : « Montre-moi ton oreille et je te dirai qui tu es, d'où tu viens, où tu vas. » Tel est l'aphorisme de ces auteurs... C'est de toute évidence enfantin.

Quoi qu'il en soit, les malformations du pavillon de l'oreille, occupent en effet une des premières places parmi les signes reversifs qui servent de signalement, de pièces d'identité, et de personnification à la fois.

PATHOGÉNIE

L'embryologie, qui éclaire si lumineusement les anomalies de l'appareil auditif proprement dit, les cas de pavillons surnuméraires, de fistules, etc., explique moins aisément la difformité caractérisée par l'écartement de l'oreille, dont la pathogénie reste, somme toute, assez obscure.

Le pavillon de l'homme résulte de la réunion de deux systèmes complètement différents : le premier forme le pourtour immédiat du conduit auditif externe et provient des bourgeons branchiaux externes ; le second forme le pavillon proprement dit et provient du plasma, qui se trouve dans le voisinage des bourgeons.

Au deuxième mois de la vie intra-utérine, les tubercules primitifs se sont déjà réunis et ont donné au pavillon sa forme normale (His, Hyrtl, Gradenigo). Au début du troisième mois, l'embryon de 32 millimètres a une oreille longue de 2 millimètres, qui a sa forme typique. A la fin du troisième mois, l'oreille externe est tout à fait complète. En définitive, c'est du troisième au cinquième mois que le pavillon se développe et c'est vers le milieu de la grossesse qu'il est complètement formé (Kolliker).

A ce moment, le bord de l'hélix n'est pas encore ourlé : il s'enroule au sixième mois et cette transformation débute toujours par la partie antérieure.

En outre, au début du troisième mois, la partie postérieure et supérieure du pavillon de l'oreille se détache de la tête et subit un enroulement en avant. Cet enroulement persiste environ pendant quinze jours, après lesquels l'hélix revient en arrière et l'anthélix redevient libre sur toute son étendue. Sous l'influence de conditions mal déterminées, cet enroulement du pavillon peut persister et même des adhérences peuvent fixer l'hélix au bord antérieur du conduit auditif. Plus souvent, c'est le retour en arrière de l'hélix qui ne se fait pas et le pavillon de l'oreille reste dans un plan à peu près perpendiculaire à la joue.

Ces arrêts de développement, survenus pendant la vie intra-utérine, ont pu être reproduits expérimentalement par MM. Gley et Charrin, qui ont vu des malformations du pavillon chez des petits de lapins intoxiqués. Quand il y a un trouble grave, au cours de la grossesse, les lésions ne restent pas localisées au pavillon, et les modifications apportées dans l'évolution de la première fente branchiale et des deux premiers arcs branchiaux, retentissent non seulement sur un segment métamérique (atrophie cranio-faciale; malformations des mâchoires, des os malaires, du nasopharynx, etc.), mais sur plusieurs segments (par exemple polydactylie, syndactilie, anomalies génitales, etc.).

De plus, ces difformités peuvent relever, in utero, de causes purement mécaniques :

Moos, d'Heidelberg, pense que la malformation peut être due à une compression du cordon. Cette opinion nous paraît une vue de l'esprit.

Plus vraisemblable nous semble le rôle de l'amnios

dans la genèse de ces malformations. L'amnios, ayant subi un arrêt de développement, peut venir s'appliquer sur les parties saillantes du fœtus, les contraignant à repousser devant elles les parties moins résistantes ; il les déprimerait et leur imposerait une attitude vicieuse. Un contact trop prolongé, provoquant souvent des adhérences et des brides, on verrait se produire des déformations plus ou moins complexes, pouvant aller jusqu'à l'atrophie du pavillon (Mollière, Piel, Variot, Bonnaire).

On s'explique facilement aussi le rôle que peuvent jouer les membres relevés du fœtus, au moins lorsque la difformité est unilatérale : l'épaule peut, par exemple, comprimer la partie voisine de la face et repousser en avant les bourgeons, dont la coalescence doit former l'oreille externe. Le Dr Regnault a rapporté un fait intéressant qui est en faveur de cette hypothèse. Il a observé un enfant qui, en venant au monde, présentait une oreille pliée transversalement en dehors, dans sa portion supérieure ; au point où ce pli intéressait l'hélix, s'était formée une pointe émoussée, véritable tubercule de Darwin. Ce tubercule persista, alors que le pli s'effaça en quelques jours. L'auteur rapproche de cette anomalie « l'écart congénital des oreilles, dû à une position vicieuse du fœtus, dont les deux pieds se placent derrière les oreilles, contre le crâne ».

A ces causes mécaniques, ne pourrait-on pas en ajouter une dernière : l'action du forceps sur l'oreille du nouveau-né ? Le cas n'a jamais été signalé, croyons-nous. Il est bien difficile, du reste, que le cartilage si élastique de l'enfant puisse se fracturer sous la pression

maladroite d'une cuiller mal placée. Cependant, cette idée, avant d'être rejetée, peut être livrée à la sagacité des observateurs.

Nous ne ferons aucun cas évidemment des influences psychiques qui peuvent se manifester au cours de la grossesse et pourraient déterminer, pour les gens superstitieux, des déformations quelles qu'elles soient : c'est un mythe du domaine populaire qui n'a pas cours, nous l'espérons, pour les esprits cultivés.

L'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, toute cause en somme mettant l'organisme des générateurs en état d'infériorité, peut retentir sur le produit de conception et se traduire par des malformations diverses ; l'oreille décollée serait l'indice d'une hérédo-syphilis ou d'une hérédo-tuberculose monosymptomatique.

Il est de toute évidence que c'est à l'hérédité qu'il faut attribuer le plus grand nombre des déformations de l'oreille. Joux écrit que « les caractères de l'oreille sont ceux qui se transmettent le plus par hérédité. »

Laloy raconte l'histoire d'une famille dont douze membres sur vingt-six (pendant quatre générations) offraient une anomalie de l'oreille. Balzer et Alquier ont présenté, en 1900, un cas très intéressant de transmission héréditaire d'oreilles en anse ; neuf membres de cette famille, sur trois générations, avaient des oreilles très écartées de la tête, transversalement dirigées en dehors. On relevait seulement dans les antécédents, un cas de folie, des accidents névropathiques, et pas de syphilis. Hoppe, Wreden, ont de même fait ressortir l'importance de l'hérédité pour la malformation qui nous occupe.

Dans tous les cas qui précèdent, il s'agit donc de déformations qui se sont manifestées dès la naissance. Il arrive aussi de les voir survenir, chez les enfants, au cours de la croissance, vers la dixième année. Vraisemblablement, le squelette fibro-cartilagineux de l'oreille subit alors un développement irrégulier, donnant lieu à l'allongement de la conque, ou à la formation de replis exubérants, ou au contraire, à l'effacement de certains reliefs.

Il est vrai que certains auteurs — Gruber notamment — ne croient pas à l'origine congénitale de ces déformations qu'ils attribuent à l'usage invétéré de certaines coiffures, bandelettes ou serre-têtes, qui peuvent, jusqu'à un certain point, favoriser une position défectueuse du pavillon, et en outre, l'aplatir et l'étaler. Cela expliquerait la grande fréquence de la difformité chez les jeunes filles et les femmes (Ch. Miller). La manière de coucher, de porter, d'allaiter les enfants, serait à prendre en considération. Tubby cite le cas d'un malade chez lequel l'écartement des oreilles devait être rapporté aux brutalités d'un maître d'école.

Nous croyons que ces causes doivent être considérées comme accessoires : elles ne sauraient être rendues responsables des déformations, auxquelles elles ne font que contribuer.

En résumé, il apparaît, d'après l'observation des faits, que parmi les déformations de l'oreille externe, les unes sont produites pendant la vie intra-utérine (influence de l'amnios, de la position des membres du fœtus, hérédité), les autres se manifestent après la naissance et relèvent de perturbations dans l'évolution du cartilage : ce sont des manifestations congénitales tardives.

TRAITEMENT

On comprend tout le bénéfice que peuvent retirer d'une intervention les individus affligés d'une malformation aussi ridicule : « il y a là pour eux une source permanente d'humiliations, un thème facile pour la raillerie, un prétexte toujours trouvé aux allusions désobligeantes ». On a été jusqu'à faire de ces « oreillards » de véritables martyrs sociaux.

N'est-il pas humain de tenter de rendre à ces disgraciés de la nature une part de ce qui leur était dû : n'ont-ils pas, en effet, assez d'autres tares physiques ou psychiques ? Vouloir atténuer ce qui est le plus visible chez eux, en leur donnant l'apparence normale, en partie tout au moins, est faire œuvre utile.

I. — TRAITEMENT NON SANGlant

Il existe un traitement non chirurgical de l'oreille en anse. De tous les appareils qui ont été imaginés, nous nous contenterons de mentionner les principaux.

Gruber recommande l'emploi de bourrelets de gaze, maintenus par des bandes autour de la tête. Bradfort conseille de maintenir les oreilles contre le crâne, au moyen de collodion : au dire de l'auteur, les résultats en

seraient parfaits chez les enfants. Mais ce que l'on a employé surtout, c'est un des deux dispositifs suivants : le premier est constitué par un filet qui enveloppe toute la tête, appliquant les pavillons sur le crâne ; le second est formé d'un ressort qui se termine par deux pelotes exerçant une pression sur les oreilles.

Cependant Thamm, de Dresde, a construit un appareil meublé de « onze avantages », écrit l'inventeur (il lui en manque un douzième du reste, l'efficacité). Chacun des pavillons est saisi entre les branches d'une sorte de petit étau, reliées par une bande de caoutchouc.

En thèse générale, on peut dire que de semblables pratiques sont parfaitement illusoires : l'élasticité du cartilage se joue de toute contrainte et reconstitue la déviation dès que l'appareil est levé. On ne saurait compter sur un moyen aussi peu efficace.

De plus, si les premiers sont simples et sans inconvénients, on ne saurait en dire autant des derniers, qui offrent de véritables dangers : outre qu'au niveau des points d'appui de l'appareil, la poussée des cheveux et de la barbe est compromise à jamais, on observe chez les tout jeunes enfants, des troubles dans le développement du conduit auditif externe, pouvant aller jusqu'à son oblitération.

II. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

HISTORIQUE

La cure chirurgicale des oreilles proéminentes est de date toute récente. Les anciens ne s'en étaient pas

préoccupés et c'est à l'époque moderne seule que l'on doit attribuer l'idée de ce souci d'esthétique.

Les premières opérations d'otoplastie remontent en somme à Boyer, qui excisa un lobule trop long ; à Diffenbach, dont la réputation devint universelle. Martino, de Naples, traita en 1855, par « une incision heureusement combinée », un cas de macrotie bilatérale.

Cette opération, aventureuse pour l'époque, eut un grand retentissement : elle fournit l'occasion d'un rapport de Jobert de Lamballe, qui fait date. Dès lors, l'erreur des anciens qui attachaient une influence fâcheuse à toute opération pratiquée sur le cartilage, avait vécu, et le vieux précepte d'Ambroise Paré ne devenait plus qu'une curiosité historique : « De ton aiguille, cartilage ne toucheras, conseillait-il, de peur que la partie ne tombe en gangrène, ce que souvente fois est arrivé, mais seulement prendras le cuir et ce peu de chair qui est autour du cartilage, et avec compresses et autres remèdes propres à ce faire, prohiberas l'inflammation et autres accidents. »

La chirurgie plastique ne fit guère de progrès à ce moment, étant donné la fréquence des complications septiques. Chassaignac n'écrivait-il pas que « la difformité, à laquelle il s'agit de remédier, n'est point assez difficile à cacher, pour qu'il y ait nécessité suffisante d'exposer le sujet à des chances opératoires, qui ne sont pas sans gravité et pourraient compromettre gravement son état. »

Cependant, certains, comme Bouisson, de Montpellier, n'en conservèrent pas moins le souci du beau. Il signale l'utilité « des sections périphériques, diversement com-

binées, pour redresser des inflexions du pavillon et remédier aux déviations congénitales. » Ce n'était là qu'une ébauche, car il engageait ses contemporains à « résister à des malades trop exigeants ou à des parents indûment alarmés des proportions trop belles des oreilles de leur enfant. » Au demeurant, ce fut une idée que son auteur ne mit pas à exécution.

Le 1^{er} mars 1881, Ely, de New-York, assisté de Roosa (dont nous citons le nom à dessein, car Haug prétend que c'est Roosa et non Ely qui tenta le premier en 1889 et non en 1881, la correction des oreilles décollées) opère un jeune garçon : à droite il pratique une résection cutanée dans le sillon postérieur de l'oreille et une résection elliptique du cartilage ; pour l'oreille gauche, il enlève en bloc tout un segment de l'oreille, comprenant le cartilage et son revêtement cutané, tant antérieur que postérieur. Il ajoute que cette seconde méthode ne lui a pas plu comme la première, qu'il recommande, étant donné le succès obtenu.

Péan a consacré une de ses cliniques à l'histoire d'une malade à qui il enleva, en 1885, un lambeau cutané derrière l'oreille.

Mollière, de Lyon (1888), pratiqua une véritable opération cosmétique pour une malformation ridicule de l'oreille qu'il rendit « parfaitement convenable ».

Keen opère en 1889 le redressement de l'oreille par une exérèse cutanée et cartilagineuse. Bacon (1890) n'enlève qu'un segment de peau, mais est obligé d'intervenir deux fois pour obtenir un résultat. Monks, Tubby, Thomas (1891), publient leurs techniques.

En 1894, Cocheril soutient à Paris une thèse remar-

quée sur la restauration du pavillon de l'oreille et Haug fait paraître un article très complet sur cette question.

Depuis cette époque, les publications se sont multipliées, mais il faut faire une mention toute spéciale des deux mémoires de Morestin, qui décrit la reposition avec, comme complément indispensable, le plissement du cartilage, lequel a pour but de diminuer l'étalement du pavillon et contribue grandement à le redresser, à lui donner une position et un aspect normaux.

Citons les observations de Géraud, Gersuny, Ouston (1903). Faugère présente au Congrès de Chirurgie de 1904 un cas intéressant et la question est discutée au Congrès suivant par Depage (1905).

Mentionnons encore un article de Malherbe, le travail de Payr (1906) celui d'Uffenorde (1907). Le traité des autoplasties de Nélaton et Ombrédanne (1907) contient un important chapitre sur le traitement des déviations de l'oreille.

En 1909, M. Chavanne, de Lyon, publie une de ses observations et étudie très consciencieusement la question. Goldstein expose un procédé nouveau et fait une revue générale de la chirurgie esthétique de l'oreille. Rutin (de Vienne) reste partisan de la résection cutanée. Tout récemment enfin (1^{er} janvier 1911), Castex et Beruyer résument les notions acquises sur le traitement de cette difformité.

La question a donné lieu en somme à des travaux intéressants. En dépit de ces nombreuses études, ignorées de bien des chirurgiens et que ne signalent aucun traité de technique chirurgicale générale (exception faite pour le traité de Doyen), l'opération du redressement des

oreilles a peine à entrer dans la pratique courante. On conçoit aisément qu'il est difficile de donner des règles fixes pour cette intervention, qui demande de la part du chirurgien autant de coup d'œil que d'initiative personnelle. Le mauvais vouloir des porteurs de cette difformité ou de leur famille explique aussi le peu d'extension de cette bienfaisante et utile opération.

§ 1. — Préparation du malade. — Anesthésie.

— Indications. — Contre-indications.

Le malade sera rasé la veille de l'opération et toute la région de l'oreille recouverte d'un pansement. Il y a lieu de proscrire la teinture d'iode pour désinfecter le champ opératoire : elle est contre-indiquée dans les autoplasties et ici plus que partout ailleurs. L'oreille et toute la région avoisinante sera donc savonnée et passée à l'alcool et à l'éther.

L'anesthésie générale sera employée de préférence, toutes les fois que cela sera possible : l'opération peut demander un certain temps et oblige à des manipulations douloureuses. Le chloroforme et l'éther ont été utilisés dans une égale mesure : M. Malherbe n'emploie que le chlorure d'éthyle qui, selon lui, peut être sans inconvénient prolongé pendant 30 et 40 minutes.

L'anesthésie locale offre de très réels avantages : elle est acceptée avec joie par la plupart des malades : elle permet au patient d'aider le chirurgien en se plaçant de lui-même dans la position la plus favorable ; au moment du pansement, les manœuvres sont rendues simples et

faciles par l'état de veille chez l'opéré. L'injection analgésiante peut donc être très souvent utilisée chez l'adulte et Ch. Miller la recommande. Mais il faut savoir que l'œdème cocaïnique gêne considérablement dans l'appréciation des portions de peau et surtout de cartilage dont l'ablation doit tendre au but désiré.

Le résultat souhaité est avant tout esthétique. « Toutes les anomalies de direction du pavillon, écrit M. Morestin, qu'elles soient simples ou compliquées d'autres vices de configuration, sont en principe justiciables d'interventions réparatrices. »

La région de l'oreille se prête merveilleusement aux opérations réparatrices. Le cartilage du pavillon est très élastique, au point qu'il ne se fracture jamais. Chez l'enfant, il est si mince qu'on peut le modeler à son gré. Le périchondre donne une cicatrice rapide et solide. La peur des vaisseaux ne saurait arrêter le chirurgien : les zones dangereuses, les points où passent les artères perforantes, soigneusement notés par Cocheril, sont en pratique négligeables. La très riche vascularisation du pavillon, les nombreuses anastomoses qui existent sur ses deux faces, sont un gage de succès.

On opérera le plus tôt que l'on pourra, quand l'enfant sera sevré et vigoureux. Mais on ne se lancera pas à la légère dans cette opération : il faut une asepsie rigoureuse, de la méthode, si on ne veut s'exposer aux pires ennuis, aux échecs et qui plus est aux complications les plus redoutables (périchondrite, nécrose partielle du cartilage, suppuration, etc.).

Aussi ne saurait-on apporter trop de sévérité à rechercher les contre-indications tirées de l'état général (examen

des poumons, des urines, affection concomitante) ou de l'état local : l'otite externe, l'infection du cuir chevelu, l'eczéma, l'impétigo, la tendance aux chéloïdes doivent faire reculer devant une opération esthétique ou tout au moins en retarder la date.

§ 2. — **Exposé des différentes techniques.**

Nous devons envisager maintenant le traitement chirurgical de l'oreille proéminente.

Parmi les nombreuses méthodes employées, nous n'insisterons que sur la pratique de la reposition par résection cartilagineuse et sur celle du redressement cosmétique par plissement du pavillon étalé.

Cependant, nous étudierons rapidement la technique de la résection cutanée ainsi que les procédés accessoires portant sur la résection cartilagineuse.

I

A. — *La résection cutanée* est connue sous le nom de méthode de Gruber, bien que d'autres auteurs avant lui l'aient décrite. Elle consiste dans la suppression d'une certaine étendue de téguments en arrière du pavillon et dans la réunion des bords de la perte de substance ainsi comprise. Cette opération a été abandonnée par nombre de chirurgiens en raison de leurs insuccès ; quelques-uns lui restent fidèles : König, Trendelenburg, Cocheril, Géraud, Castex l'ont décrite avec quelques variantes.

La portion de peau à enlever est évaluée au moyen de pinces placées à la limite du bourrelet cutané, qui se

forme quand on ramène l'oreille dans sa position idéale. Une première incision courbe est conduite sur la face postérieure du pavillon ; une autre incision, arciforme comme la première, est tirée sur la région mastoïdienne : ces deux incisions se rencontrent à leurs limites supérieure et inférieure. Le lambeau ainsi délimité est disséqué et enlevé ; il est bon de suivre la face profonde de la peau, en rasant le derme pour éviter la lésion de l'artère auriculaire postérieure et de ses branches. On fait l'hémostase et l'on suture les lèvres de l'incision à la soie fine ou aux crins ; la cicatrice se trouve cachée dans le fond du sillon auriculo-mastoïdien.

Quelques-uns font porter la perte de substance uniquement sur la peau, qui revêt la face crânienne du pavillon, ou à la fois sur les téguments du pavillon et de la région mastoïdienne, en dedans et en dehors du sillon, empiétant plus ou moins d'un côté ou de l'autre.

La forme du segment de peau enlevé est ovale, elliptique, en forme de croissant.

On y a joint avec avantage la suppression d'un triangle cutané sur la partie supérieure du pavillon, ou bien on a dessiné une incision elliptique distincte de la plaie précédente.

Castex (1909) a insisté après Bishop (1893), Géraud (1903), Ch. Miller (1908), sur la nécessité d'enlever tout le tissu cellulaire lâche recouvrant la face postérieure du pavillon et de placer, avant de suturer la peau, des points profonds allant du périoste mastoïdien au cartilage de l'oreille.

Ruttin (de Vienne) fait une excision beaucoup plus large : la lèvre externe de l'incision est disséquée sur

une étendue de 1 centimètre et si besoin jusqu'à l'hélix : on pratique alors des incisures, qui donnent à ce lambeau la forme de dents de scie. La discussion qui a suivi la présentation du malade à la Société autrichienne d'Otologie et à laquelle a pris part M. Moskowicz, a démontré le fâcheux résultat de résections si étendues : l'oreille est collée contre le crâne, il n'existe plus d'espace libre entre le pavillon et les parties latérales de la tête : l'effet est des plus disgracieux.

B. — Le même reproche s'adresse aux procédés, qui consistent à former un pont cicatriciel entre des points correspondants de l'oreille et de la surface mastoïdienne.

Cocheril (1894), qui prévoyait la nécessité de sectionner le cartilage, a recommandé tout d'abord la technique suivante : on taille dans la peau de la région mastoïdienne, très près du pli du pavillon, un lambeau cutané triangulaire, adhérent seulement par sa base et dont le sommet est contigu à l'oreille : on le mobilise sauf à sa partie supérieure. Ceci obtenu, on fait une perte de substance triangulaire dans les téguments de la face postérieure du pavillon et on y fixe le lambeau mastoïdien : la traction de cette bride suffirait à maintenir l'oreille dans une position acceptable.

Haug et Payr ont eu recours accessoirement à cette méthode. Stetter a de même isolé un petit lambeau cutané longitudinal occupant le sillon auriculo-mastoïdien : la tranche de section appartenant au pavillon fut suturée par-dessous ce pont à la tranche de section mastoïdienne. Duel (de New-York) pratique aussi un pont auriculo-mastoïdien, au-dessous duquel il passe une lanière cutanée transversale à pédicule adhérent externe et dont

il va fixer l'extrémité interne sur une zone avivée du cuir chevelu.

C. — C'est là tout ce qui a rapport au procédé cutané. Nous croyons qu'on peut en rapprocher deux méthodes, dont nous ne dirons qu'un mot : celles de Quinlau et de Paul Delbet.

Quinlau recourt au raccourcissement du muscle rétracteur auriculaire ou auriculaire postérieur, opération délicate ! quand il s'agit d'un muscle dégénéré, réduit à un tractus conjonctif !

Paul Delbet a dû isoler un faisceau du muscle temporal qu'il a inséré sur la conque ; la peau fut suturée par dessus.

II

Résection cartilagineuse.

Le principe de la méthode réside dans la résection du cartilage : *il n'est pas de bonne opération sans cela*. Si ce point de technique est négligé, si on n'a pas cherché à vaincre la résistance et l'élasticité du cartilage, force constante agissant sur le pavillon à la façon d'un ressort, ou si on a agi parcimonieusement, le résultat laisse à désirer.

A. — Avant de décrire la méthode de choix, nous mentionnerons les techniques de Haug (1894), Payr (1906) et Ombrédanne (1908).

Procédé de Haug. — Après avoir enlevé un segment de peau en forme de croissant, Haug dissèque la lèvre externe de l'incision sur une étendue égale à la moitié

de la largeur du fragment excisé. En outre, des incisions courbes ou obliques, se rejoignant en triangle à pointe externe, intéressent le cartilage dans une partie seulement de son épaisseur : ces incisures incomplètes permettent de « fracturer le cartilage », c'est-à-dire de l'assouplir et d'en modifier la forme.

Procédé de Payr. — La technique de Payr est beaucoup plus compliquée. Payr excise d'abord à la face postérieure du pavillon et sur la région mastoïdienne, située exactement vis-à-vis, deux losanges de peau à grand axe vertical, adjacents, et se continuant par leur angle interne. Le cartilage est mis à nu sur la plus grande étendue possible. A ce moment, l'auteur taille un lambeau quadrilatère horizontal, comprenant toute l'épaisseur du cartilage. Ce lambeau est relevé, et son pédicule interne, correspondant au sillon rétro-auriculaire, soigneusement conservé. Deux croissants cartilagineux sont excisés, au-dessus et au-dessous de la plaie horizontale résultant du prélèvement précédent. Le cartilage enlevé a la forme d'une croix ; on rapproche au catgut les bras de cette croix, ce qui diminue l'étendue du pavillon d'un centimètre en hauteur et en largeur. Le lambeau cartilagineux, resté adhérent à son pédicule, est alors engagé par son extrémité libre sous une boutonnière, taillée dans le périoste de la région temporo-maxillaire : il est suturé dans cette position et maintient l'oreille en bonne attitude. Les deux surfaces cruentées losangiques sont enfin appliquées l'une sur l'autre par dessus le pont cartilagineux. La forme de l'oreille est assez bizarre, mais les bourrelets, visibles à

la face externe, s'atténuent rapidement, et au bout de huit jours, les oreilles sont bien placées et de configuration presque normale.

Procédé d'Ombredanne. — M. Ombredanne, se basant sur un fait malheureux de Nelaton où, malgré une résection étendue de cartilage, la déformation s'était reproduite, écrit en 1907 : « Il faut enlever au moins le tiers interne du cartilage de la conque ; nous n'hésiterions pas à en enlever la moitié, si l'occasion se présentait : c'est à cette condition seule qu'on pourra escompter un résultat durable. » Depuis, M. Ombredanne a modifié sa technique dans le sens le plus large et est allé jusqu'à réséquer la conque dans sa totalité. Voici l'observation qu'il a bien voulu nous remettre :

OBS. de OMBREDANNE (inéдите). — A... R... ; rédacteur dans une grande administration, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Boucicaud le 12 février 1908, dans le service de M. le Dr Nélaton, dont j'avais l'honneur d'être l'assistant.

Les deux oreilles paraissent normalement constituées, mais elles sont orientées dans un plan presque frontal. La malformation est assez accentuée pour que le sujet soit en butte incessante aux plaisanteries de ses collègues ; c'est ce qui le décide à recourir à une intervention chirurgicale

J'interviens le 13 février 1908.

Deux incisions curvilignes sont tracées, l'une sur les téguments crâniens de la région temporo-mastoïdienne, l'autre à la face crânienne du pavillon. L'incision crânienne part du sillon rétro-auriculaire, sous la racine du lobule, monte en s'écartant de ce sillon d'environ deux centimètres, se recourbe en avant et rejoint progressivement le sillon d'implantation auriculaire sur la verticale du conduit auditif externe.

L'incision tracée sur la face crânienne du pavillon de l'oreille

part du même point que la précédente, s'élève sur la conque, suit la limite externe de la conque en passant à 5 millimètres environ de cette ligne, et de cette manière rejoint l'incision précédente à sa terminaison supérieure. Le lambeau cutané ellipsoïde ainsi déterminé, est disséqué et enlevé.

Le cartilage de la conque est incisé au même niveau que les téguments ; cette incision est faite très prudemment, pour ne pas traverser les téguments minces de la face externe de la conque. Entre le cartilage et ces téguments, on insinue alors une spatule mousse, grâce à laquelle il est assez facile de détacher complètement le cartilage en question, de la peau.

Ce décollement est poursuivi jusqu'au fond du sillon rétro-auriculaire.

Le cartilage de la conque, ainsi enlevé d'un seul tenant, mesure 21 millimètres de large et 36 millimètres de hauteur (fig. 5).



FIG. 5.

On peut remarquer qu'il porte, à sa concavité, la saillie cartilagineuse qui représente l'origine du cartilage de l'hélix.

Après cette exérèse, le pavillon retombe sans aucune résistance, sur la paroi crânienne. On suture l'une à l'autre, à la soie, l'incision cutanée pariétale à l'incision portée par le pavillon.

L'opération a été exécutée des deux côtés d'une manière absolument identique. Pansement sec. Réunion par première intention. Le malade quitte l'hôpital au bout de 2 jours. Les fils sont retirés le 9^e jour.

Le malade est revu au bout d'un mois. Le résultat est parfait.

La région de la conque a conservé environ 6 millimètres de profondeur. L'hélix n'est pas écarté du crâne de plus d'un centimètre.

Nous avons revu le sujet à plusieurs reprises : nous ne nous hâtons pas de le faire photographier, certain de le retrouver quand nous voudrons, et désireux de ne montrer le résultat obtenu qu'après plusieurs années.

Nous le rencontrons pour la dernière fois au début de 1910. Le résultat s'est maintenu excellent.

A ce moment, il est atteint d'accidents de tuberculose pulmonaire. Il va successivement au Cap d'Ail, puis à Hauteville ; là, nous perdons sa trace : il serait allé en Suisse, nous a-t-on dit.

Malgré une enquête sérieuse auprès de ses collègues, il nous a été impossible de savoir où il se trouve actuellement et de nous procurer la photographie que nous désirions.

Nous avons retrouvé un des cartilages que nous avions conservé pour le montrer le jour où nous aurions présenté le malade.

B. — Méthode de choix.

La méthode de choix, qui est celle de notre maître, M. Morestin, se compose de deux procédés distincts : qu'il s'agisse d'écartement simple des oreilles, ce sera la *reposition* ; qu'il s'agisse d'étalement et d'ampliation du pavillon, ce sera la *réduction par plissement*. Ces deux opérations, loin de s'exclure, peuvent se combiner utilement.

1^o Technique de la reposition simple. — Deux incisions courbes sont tracées en arrière de l'oreille, l'une sur le pavillon, l'autre en regard de la précédente, sur la région crânio-mastoïdienne. Elles se réunissent en haut et en bas, aux deux extrémités du sillon auriculo-mastoïdien, celle du pavillon étant plus que l'autre éloignée du fond du sillon. Le segment cutané ainsi délimité, est disséqué et excisé.

« Le fibro-cartilage est alors mis à nu : il est très aisément reconnaissable à sa couleur jaune ; la partie la plus saillante de sa convexité est découverte, dénudée. Avec le bistouri, on y taille une longue bande verticale convexe. On enlève ainsi une tranche semi-annulaire,

comprenant toute l'épaisseur du fibro-cartilage et l'intéressant sur la presque totalité de sa hauteur, en ménageant d'ailleurs les téguments externes, qui se séparent facilement. Il faut enlever plus que moins, poursuivre cette exérèse très loin en haut et en bas, faire bonne mesure, obtenir une hypercorrection. Cinq ou six points de suture sont alors placés, passant à travers le cartilage, rapprochant les deux tranches de section (Morestin). »

Telle est la technique de la reposition simple, quand il y a seulement écartement exagéré des pavillons, d'ailleurs bien conformés.

La forme du lambeau cartilagineux réséqué est donc une tranche verticale elliptique. Suivant les circonstances, on a excisé le cartilage en forme de coin, en V, en triangle, en losange. On a proposé de le tailler en biseau, en cône. Certains recommandent la résection en faucille : le manche de la faucille est supérieur, remonte jusqu'à l'hélix ; la lame courbe est représentée par une résection en forme de croissant au niveau de la convexité de la conque.

En outre, la suture du cartilage est un temps indispensable ; elle se fait au catgut de préférence à la soie. Certains auteurs la négligent.

Au reste, voici une observation qui fera bien saisir le mode opératoire :

OBS. de MORESTIN. *Revue d'orthopédie*, 1^{er} juillet 1903. — Le premier de mes opérés est un jeune garçon de Versailles, P. H. ., âgé de 11 ans, au moment de l'intervention (avril 1902). Chez les parents il n'y a d'autres tares à relever que le nervosisme de la mère qui, à diverses reprises, a eu de longues crises de neurasthénie.

L'enfant est né à terme, après une grossesse normale. Il a deux

frères plus jeunes que lui, très robustes, mais dont l'un est atteint, paraît-il, d'une malformation oculaire rendant un des yeux impropre à la vision, bien qu'extérieurement il ait une apparence normale. Lui-même est d'une bonne santé habituelle. Il est grand, assez bien développé et ne présente par ailleurs aucun vice de conformation. Sa physionomie est intelligente et avenante, mais elle est gâtée par la disposition choquante des oreilles qui sont très écartées de la tête et presque transversales. Elles diffèrent d'ailleurs l'une de l'autre et ne sont pas symétriquement placées. La droite descend un peu plus bas que l'autre. Elle est plus écartée du crâne. Enfin elle est un peu plus grande et sa partie supérieure est tombante, tend à s'incliner en avant, en dehors et en bas. Les reliefs et dépressions sont moins accusés dans cette partie supérieure du pavillon droit. Cependant, de ce côté, comme du côté gauche, le pavillon en lui-même, considéré isolément, n'est ni excessif dans ses dimensions, ni très irrégulier dans sa forme. Les reliefs, les dépressions sont réparties à peu près comme il convient. C'est à peine si l'oreille droite est dépliée par en haut. Le lobule est nettement détaché, le tragus, l'antitragus, l'hélix, l'anthélix sont nettement accusés. Bref, ce qui choque, c'est en premier lieu l'écartement des oreilles, qui tendent à se placer transversalement et ensuite leur légère asymétrie. Dans ces conditions, le mal était réparable aisément puisqu'il n'y avait pour ainsi dire pas à s'occuper de la forme des oreilles, mais à corriger leur direction. Aussi n'hésitai-je pas à en conseiller la reposi-tion.

Les parents accueillirent cette proposition sans aucun enthousiasme ; mais l'enfant l'entendit avec joie. Il était depuis trop longtemps en butte aux railleries sans pitié de ses camarades pour ne pas saisir très clairement le bénéfice qui résulterait pour lui de ce changement. De fait, il éprouva plus tard une fierté singulière à montrer ses oreilles restaurées à leurs anciens détracteurs.

L'entourage, peu à peu gagné à cette idée, finit bientôt par souhaiter vivement l'opération cosmétique d'abord repoussée.

Cette intervention eut lieu le 8 avril. De chaque côté je pratiquai la résection d'une bande cutanée à l'aide de deux incisions curvilignes menées en dedans et en dehors du sillon rétro-auriculaire,

et portant l'une sur le pavillon, l'autre sur les téguments crânio-mastoïdiens. Ces deux incisions se rapprochaient graduellement pour se rencontrer aux extrémités antérieure et inférieure du sillon rétro-auriculaire. La bande ainsi détachée présentait une largeur maxima de 15 millimètres et était formée en majeure partie de peau de la face postérieure du pavillon. Le cartilage de la conque se trouvait à nu dans la plaie. En redressant l'oreille et la réappliquant, il était facile de reconnaître que ce fibrocartilage formait ressort et tendait sans cesse à reprendre sa configuration primitive, la position nouvelle diminuant la concavité de la conque. J'excisai donc quelques morceaux de ce fibrocartilage dans la partie qui venait appuyer contre le mastoïde, enlevant par petits copeaux ce qui contrariait la mise en place du pavillon. Quand ce résultat me parut à peu près obtenu, je liai deux ou trois artérioles et suturai les lèvres de la plaie, me servant de soie extrêmement fine. J'avais eu soin de faire l'avivement un peu plus grand pour l'oreille droite, de la mobiliser davantage et enfin de l'attirer quelque peu en haut, en m'assurant que sa situation correspondait d'une manière exacte à celle de l'autre côté. Pas de drainage. Le pansement fut appliqué de manière à immobiliser les oreilles dans leur nouvelle position.

Les suites furent de la plus absolue simplicité. Au sixième jour, je levai le pansement et enlevai les fils. La réunion complète avait été obtenue. Par précaution, j'imposai pendant six semaines environ le port d'un bandeau fixant les oreilles contre le crâne. Celles-ci ont été pendant quelque temps plus sensibles au toucher qu'auparavant.

L'enfant — d'ailleurs enfant gâté — prétendait que les frottements de la serviette au moment des ablutions matinales lui étaient désagréables et exigeait qu'on apportât à ses soins de propreté une douceur extrême. Tout cela s'est calmé d'ailleurs rapidement.

Depuis, les oreilles sont restées en place et le résultat esthétique est véritablement très satisfaisant. La partie supérieure de l'oreille droite a encore une très légère tendance à s'incliner en bas, mais c'est là un détail qui ne retient pas l'attention, et la différence étant minime entre les deux côtés, passe inaperçue. Il faut pour saisir ces nuances examiner les oreilles avec le désir arrêté de les comparer l'une à l'autre.

Notre jeune garçon est d'ailleurs enchanté. Ses camarades ne songent plus à le tourmenter. Il est entré dans un autre établissement où ses oreilles, dont on ignore l'histoire, n'ont jamais retenu l'attention de personne et ne lui ont jamais procuré la moindre allusion désobligeante. Et comme les enfants de cet âge sont partout sans indulgence, il faut bien admettre que c'est simplement parce qu'il est devenu à peu près normal.

2^o **Technique de redressement cosmétique par plissement.**

— Le redressement cosmétique par plissement appartient en propre à M. Morestin, qui l'a, le premier, décrit en 1903. Au cours d'une opération pour redressement des oreilles, il vit qu'en ramenant le pavillon contre le crâne, il se formait un pli nouveau qui faisait saillie du côté de la conque. M. Morestin eut l'idée de rendre cette disposition permanente en passant trois points de suture au catgut, qui plissaient le cartilage. « A mesure que les fils étaient serrés, on voyait le pavillon se redresser graduellement, se normaliser. »

Déjà Mahu plaçait en dessus et en dessous du cartilage, aux points où doivent se produire les plis normaux, des petits rouleaux de gaze : ainsi, il pensait arriver, en se servant de la compression, à « gauffer » ce cartilage et à reproduire plus ou moins exactement les saillies et les dépressions du pavillon normal.

En outre, Gersuny (1903) insiste sur la nécessité de sectionner les ligaments, qui relient le pavillon à la surface crâniomastoïdienne, jusqu'au pourtour du conduit auditif externe ; le pavillon se laisserait alors plus facilement mobiliser.

Mshane (*Indiana M. J.*, février 1906) a pratiqué un plissement, sans résection de cartilage : l'oreille était

diminuée de dimension et reprenait sa distance normale. Malherbe est revenu sur l'utilité de modeler ainsi le pavillon de l'oreille.

Cette opération se trouve indiquée dans tous les cas où le pavillon est — en même temps qu'écarté de la tête — étalé, amplifié et sans reliefs ; le fait de créer des replis nouveaux non seulement modifie très heureusement la configuration de l'oreille, mais diminue du même coup ses dimensions et facilite singulièrement la reposition proprement dite.

On ne peut décrire de règles absolument fixes : « C'est l'état des parties qui fait le procédé, dit M. Morestin, l'opérateur combinant son plan opératoire d'après le terrain dont il dispose et le modifiant en cours d'exécution, selon ses besoins. »

Voici quels sont les points essentiels de la technique. L'incision, la résection cutanée, la mise à nu du cartilage dans le redressement sont identiques aux mêmes temps de la reposition : on enlève de même un segment elliptique de cartilage au niveau de la convexité de la conque. Mais pour modeler le pavillon, il faut pratiquer des *incisures* qui facilitent le plissement, et maintenir ce plissement au moyen de *sutures perdues*.

Les sections ne doivent pas être faites au hasard : elles seront tracées dans la direction des plis, qui sont mal accusés ou au niveau présumé des plis, qui font défaut (branche de bifurcation de l'anthélix). Ces incisions sont indispensables chez l'adulte, où le cartilage est résistant. Elles peuvent être négligées chez le tout jeune enfant qui possède un cartilage plus mince et plus malléable.

Les sutures serviront à assurer la continuité du carti-

PÉRIER.



FIG. 6.



FIG. 7.



FIG. 8.



FIG. 9.

lage ; le placement méthodique des points de suture est le temps qui demande le plus de soin : il faut tâtonner, s'y reprendre, si besoin est, pour ne pas donner au pavillon une forme disgracieuse ou bizarre. « On contrôle d'ailleurs aisément en suivant du côté de la face externe ce que donne chacun des points. Les sutures déterminent la formation de plis saillants, on assiste ainsi à l'apparition d'un anthélix, créé de toutes pièces, ou d'un pli secondaire sous-jacent à l'anthélix. »

Nous ne saurions mieux faire que de présenter ici une observation des plus typiques, due à M. Morestin.

OBS. de MORESTIN, *Arch. gén. de méd.*, août 1905. — Un garçon de 9 ans, Charles M. . ., m'est adressé à l'hôpital Cochin le 13 janvier 1905, pour une difformité congénitale des oreilles.

Les parents sont sains et bien portants, et leurs deux autres enfants sont parfaitement conformés. Notre sujet est lui-même assez robuste et de bonne mine. Mais la fâcheuse disposition de ses oreilles a toujours consterné ses parents ; et lui-même a eu déjà de nombreuses occasions de déplorer l'anomalie dont il est porteur. Celle-ci est en effet très choquante. Elle est bilatérale et fort accentuée des deux côtés, sans être absolument symétrique. Ce qui frappe tout d'abord, et ce qui constitue l'élément fondamental de la difformité, c'est l'écartement du pavillon, aussi prononcé d'un côté que de l'autre. Pour en donner une idée, il suffit de dire que le pavillon forme avec la surface mastoïdo-cranienne un angle droit ou même un angle très légèrement obtus en arrière. De plus, le pavillon, plus grand que normalement, se termine en haut par un bord horizontal..

Ces dispositions sont communes aux deux oreilles. Chacune d'elles présente d'autre part quelques particularités. Ainsi, du côté gauche, l'angle supéro-externe du pavillon tend à se recroqueviller et à se retourner en bas en avant et en dedans vers la conque. La partie supérieure du pavillon forme ainsi une sorte de repli, d'opercule.

A droite les deux plis résultant de la bifurcation de l'anthélix, le supérieur manque pour ainsi dire totalement. Ce pli reparait quand on redresse le pavillon. Au niveau de la partie supérieure de l'hélix on note une double anomalie ; le bord supérieur vient rencontrer à angle droit le contour postérieur du pavillon devenu bord externe par suite de l'orientation vicieuse. A l'union de ces deux bords, tubercule de Darwin très accentué.

A gauche, dans toute la partie supérieure du pavillon, les plis sont moins accusés. Ainsi, des deux plis qui résultent de la bifurcation de l'anthélix, l'inférieur fait un très léger relief et le plus élevé est à peine ébauché. Il en résulte que l'organe paraît étalé et plus grand qu'à l'état normal.

Il existe, au voisinage du point que la configuration spéciale du pavillon nous oblige à désigner chez ce sujet sous le nom d'angle supéro-externe, un peu au-dessous de cet angle, sur le bord externe, un léger relief au niveau duquel on voit transparaître à travers les téguments amincis, une petite crête fibro-cartilagineuse irrégulière, tandis que plus haut, au niveau même de l'angle, il semble qu'il y ait au contraire un excès de téguments, formant une autre saillie, celle-là moins molle.

Enfin les dimensions en hauteur des deux pavillons diffèrent notablement, celui de gauche paraissant plus court en raison de sa tendance à s'enrouler en volute.

Le 17 janvier, j'opérai cet enfant. Il s'agissait d'abord et surtout de redresser les oreilles et de les ramener contre le crâne, ensuite d'apporter quelques corrections de détail à chacun des pavillons.

Pour obtenir la reposition, je procédai d'une façon à peu près identique à droite et à gauche en ajoutant pour chaque côté les manœuvres appropriées. Je traçai donc en arrière, sur la face postérieure du pavillon d'une part, de l'autre sur la région mastoïdo-cranienne, des incisions curvilignes se rejoignant aux deux extrémités du sillon auriculo-mastoïdien, et délimitant un important segment cutané. Puis je réséquai des tranches verticales du cartilage de la conque, en ménageant les téguments de la face antérieure, jusqu'à ce que le redressement fût aisé et complet, que le pavillon pût être très facilement ramené à une direction parallèle à celle du

crâne. Des points de suture au catgut fixèrent le pavillon dans cette attitude nouvelle. C'étaient là les corrections fondamentales. A droite, il y avait lieu de réduire en outre les dimensions verticales, ce qui fut relativement simple. En effet, il suffit de reconstituer le pli supérieur de l'anthélix, en pratiquant selon son trajet présumé une incision dans le cartilage, puis en déterminant par des sutures perdues au catgut la formation de ce pli. De plus, je réséquai les deux saillies, l'une cartilagineuse, l'autre tégumentaire, superposées sur la bordure du pavillon, ce qui achève de rendre à ce dernier sa configuration régulière.

A gauche, pour lutter contre la tendance de la partie supérieure du pavillon à tomber, à s'enrouler vers la conque, je dus pratiquer au niveau de cette partie, une résection complémentaire cutanée et cartilagineuse, en donnant à la perte de substance une configuration ovale à grand axe vertical, et en suturant avec grand soin les tranches cartilagineuses.

Finalement toutes les plaies cutanées furent réunies avec de la soie très fine.

Les suites furent aussi simples, aussi heureuses que possible. L'opéré put quitter l'hôpital le jour même.

Le premier pansement au quatrième jour nous montra que tout était en bonne voie.

Le huitième jour, les fils de soie furent retirés : la réunion était irréprochable et les oreilles en excellente attitude.

L'enfant porta pendant un mois, par mesure de précaution, un bandeau, maintenant les oreilles contre le crâne.

Le résultat obtenu est tout à fait satisfaisant et l'opéré s'en rend lui-même parfaitement compte. Sa joie se manifesta de la façon la plus exubérante, quand il put, pour la première fois, apercevoir dans une glace, ses oreilles restaurées.

Suites opératoires dans la reposition et le redressement cosmétique. — Les suites opératoires sont en général des plus simples. La réunion se fait par première intention et dès le lendemain de l'opération, les malades peuvent se lever et vaquer à leurs occupations. La vitalité du

pavillon n'est nullement compromise et sa nutrition aucunement troublée : on n'observe pas d'œdème, pas de sphacèle.

Il est bon en général de conseiller, les quelques jours qui suivent l'ablation des fils, le port d'un bandeau, qui est appliqué pendant la nuit.

Parfois le résultat peut ne pas être parfait d'emblée, surtout lorsqu'il s'agit d'un cas complexe. Pour arriver au but recherché, des retouches complémentaires peuvent être indispensables. Il y a du reste souvent avantage à opérer en deux temps : c'est là un grand principe en chirurgie réparatrice : il est surtout applicable aux cas où existent un degré de macrotie poussé à l'extrême ou des anomalies de contour de l'hélix (Tubercule de Darwin).

a) La résection du tubercule de Darwin se fera de préférence au 2^e temps, au moyen d'une incision spéciale, placée sur la face postérieure du pavillon, très près du rebord de l'hélix. La peau est décollée, la pointe cartilagineuse réséquée et des sutures à la soie fine donnent une cicatrice à peu près invisible.

On pourra, il est vrai, utiliser la lèvre externe de l'incision, pratiquée dans le sillon postérieur, la disséquer jusqu'au bord de l'hélix. M. Morestin a pu ainsi, en étalant le repli cutané qui ployait le cartilage au niveau de l'hélix, faire disparaître une saillie Darwinienne, sans réséquer de cartilage.

b) Une des indications de l'opération en deux temps est le cas de macrotie très marquée. Il y aura avantage à réduire dans un premier temps les dimensions anormales de l'oreille : dans le second temps, on s'occupera

de redonner au pavillon et sa configuration et sa position normales.

On pourra employer la résection triangulaire ou cunéiforme de toute l'épaisseur de l'oreille comme le fit Martino en 1855. La base du lambeau est représentée par un segment de la circonférence et son sommet dirigé vers la conque. Si le rapprochement est difficile, on taillera sur chaque tranche de nouveaux petits lambeaux atténuant les crêtes ou irrégularités.

Goldstein recommande la voie postérieure : il fait une incision courbe du cartilage dans toute son épaisseur, puis dissèque les deux lèvres de la section cartilagineuse sur une largeur suffisante pour les mobiliser et permettre de faire chevaucher les deux tranches de section, de les faire glisser l'une sur l'autre. Ce procédé excellent pour diminuer l'étendue du pavillon, a le grave inconvénient de créer un renforcement et un épaissement du cartilage, qui doit considérablement gêner la manœuvre de la reposition.

Aussi vaut-il mieux employer le tracé recommandé par Miller. On entame l'hélix perpendiculairement, au niveau de son point culminant ; puis on fait sur la face externe et sur la face interne de l'oreille une incision en forme de croissant qui correspond, à la face externe, à la gouttière de l'hélix. Une portion elliptique du cartilage est enlevée à ce niveau. La suture de la peau achevée, la cicatrice se trouve dissimulée dans le sillon sous-jacent à l'hélix.

III

Résultats éloignés. — Critique des procédés.

C'est au résultat définitif que l'on peut juger de la valeur des différentes méthodes.

Les procédés de Haug, de Payr, de Paul Delbet, sont évidemment ingénieux. Leur technique est compliquée, le résultat cosmétique souvent douteux, et toujours inférieur à celui que donnent les procédés plus simples que nous avons décrits sous le nom de procédés de choix. Nous ne saurions en conséquence en recommander d'autres.

La résection cutanée est une opération simple, à la portée de tous, mais elle est manifestement insuffisante : elle donne un résultat immédiat passable et même satisfaisant en changeant de façon appréciable la direction des oreilles ; mais ce n'est là qu'un succès trop souvent éphémère, la difformité se reconstitue quelques semaines ou quelques mois après cette intervention. Nous avons suffisamment insisté sur les inconvénients des procédés qui ne visent pas le cartilage ; nous n'y reviendrons pas (voir notamment observation I, IV, VI, etc.). La plupart des chirurgiens ont du reste abandonné cette méthode timide.

La résection de toute la conque n'a été pratiquée qu'une fois par M. Ombrédanne : les indications en paraissent restreintes. C'est un procédé d'exception.

Nos préférences vont donc à la reposition par résection du fibro-cartilage, aidée du redressement cosmétique.

Les résultats, ainsi qu'en témoignent les observations que nous avons réunies, sont durables et excellents au point de vue esthétique. Ainsi, le malade qui fait l'objet de l'observation XXI de Morestin, a été opéré il y a plus de sept ans, et il s'agissait d'un cas particulièrement difficile et complexe : il a été revu tout récemment encore, la position de ses oreilles et leur forme se sont maintenues dans l'état où elles se trouvaient après l'opération (1904).

En définitive, c'est une opération délicate, difficile, plus malaisée qu'on ne pourrait le supposer de prime abord. Elle exige des qualités chirurgicales. Il ne s'agit pas que d'avoir du soin ; la difficulté est d'obtenir une correction symétrique aussi parfaite que possible. Il est donc de toute nécessité de

...« vaquer de grande affection
A son travail, faisant ore un tendon
Ore un repli, puis quelque cartilage
Et n'y plaignant l'étoffe et la façon. »

(LA FONTAINE, Le faiseur d'oreilles).

.

OBSERVATIONS (1)

Obs. I (Résumée). --- GORHAM BACON, *Arch. of Otology*, 1890.

Marthe D. ., 44 ans, se présente le 14 octobre 1899 avec la difformité suivante :

Le point d'attache du pavillon de l'oreille droite est légèrement plus élevé qu'à gauche. Le pavillon est replié sur lui-même de telle façon que sa face interne ou postérieure est devenue externe ; les plis et anfractuosités sont invisibles. L'orifice du conduit auditif externe est presque fermé par le pavillon, appliqué à la façon d'un opercule. Le pavillon malformé est de dimensions légèrement inférieures à celui du côté opposé. Les traits de la face sont un peu déviés vers la gauche.

Le 15 octobre. — Opération (anesthésie à l'éther). Je détachai au bistouri une portion elliptique de la peau et du tissu sous-cutané de la partie postérieure du pavillon. Ceci fait, je ramenai le pavillon à sa position normale, rendant ainsi visibles les plis et dépressions de la face externe. *Je ne pratiquai aucune incision intéressant le cartilage.* Les lèvres de la plaie furent maintenues en contact par huit points de suture, traversant les couches les plus superficielles du fibro-cartilage, attirant le pavillon en arrière et légèrement en haut.

Le 6 novembre. — La cicatrisation est terminée mais la correction n'est pas complète. Le pavillon s'écartait de l'apophyse mastoïde et venait se placer dans un plan presque transversal.

Nouvelle intervention à l'éther. Je pratiquai une excision semblable à la première, partant du point le plus élevé de la cicatrice et s'arrêtant au tiers inférieur de celle-ci. Je suturai les deux lèvres de la plaie à l'aide de cinq points de suture.

Le 9. — La nouvelle position du pavillon est régulière.

(1) Les observations sont classées par ordre alphabétique des noms des auteurs

Obs. II (résumée). — BARKWEL et BECKETT, *Med. news Philad.*, 1895, LVII, p. 154.

Opération le 29 avril 1895. Dans ce cas, le cartilage était très épais et très résistant. Résection d'un espace elliptique de peau sur la partie postérieure de l'oreille. Ablation d'une portion de cartilage en forme de cône. Suture de la plaie. La position nouvelle était parfaite, sans aucun épaissement apparent et sans aucune tension de l'oreille. De face, il était impossible de se douter qu'une opération avait été faite.

Obs. III (résumée). — BISHOP, *Chicago clinical review.*, novembre 1893.

Chos, K..., 16 ans. Pavillons très larges, aplatis, très écartés de la tête, en éventail. Ce jeune homme était la risée de ses camarades.

Le 18 août 1893. — Anesthésie à l'éther.

Résection elliptique de peau dans le sillon postérieur. Sutures profondes chondromastoïdiennes. Après ablation des fils (le 10^e jour) pansement au collodion.

Un mois après le résultat se maintient.

Obs. IV — CASTEX, *Société d'O. R. L. de Paris*, février 1909.

Fillette de 8 ans. Le pavillon droit se porte en dehors et en avant de façon très disgracieuse. Dissection de la peau de la face interne du pavillon et de la région mastoïdienne. Grâce aux points de catgut profonds traversant le périoste d'une part, le cartilage d'autre part, le résultat obtenu est assez satisfaisant. Le pavillon est atypique dans sa forme, mais il reste bien accolé au crâne, ce qui dissimule la difformité.

Obs. V. — CHAVANNE, *Lyon médical*, septembre 1909.

Jeune homme de 23 ans. Trois frères ou sœurs plus âgés que lui, en bonne santé et parfaitement constitués. Rien dans les antécédents héréditaires ou l'évolution de la grossesse n'explique l'énorme malformation auriculaire congénitale de l'oreille droite, dont il s'agit ici. Je n'en ai pas retrouvé d'aussi considérable parmi celles reproduites par les auteurs. Je me bornerai à constater qu'il existait :

1° *Une déviation du pavillon à angle droit ;*

2° *Une plicature rigide, extrêmement résistante, et abaissant immédiatement le pavillon, dès qu'on cessait de le maintenir relevé avec le doigt. Des essais orthopédiques de redressement avaient d'ailleurs été longtemps tentés pendant l'enfance, sans autre résultat qu'une chute presque complète des cheveux et de la barbe au niveau des points d'application de l'appareil ;*

3° *Une anomalie de contour par excès de substance cutanée et cartilagineuse ;*

4° *Une absence de la racine de l'hélix, ce repli apparaissant ici comme la continuation du tragus et du tubercule supratragique de His, au lieu de naître isolément dans la conque, comme normalement.*

5° *Une fistule borgne externe, ouverte au-dessous du contour supérieur de l'hélix, se prolongeant sous la plicature cartilagineuse sur une longueur de 2 centimètres.*

Avec cette malformation auriculaire coexistait, comme c'est la règle, une atrophie légère de tout le squelette de la moitié droite de la tête.

Conduit auditif droit normal ; tympan grisâtre, épais, sans triangle lumineux, laissant voir un manche de marteau élargi. Audition très diminuée à droite, montre au contact.

Oreille et audition gauche normales.

Etat psychique et intellectuel nettement supérieur.

Une opération efficace obligeait à sacrifier ici : 1° le rameau de l'auriculaire postérieure chargé de l'irrigation de la partie supérieure de la face interne du pavillon et de la partie postéro-supé-

rière de sa face externe ; 2° une portion notable des ramifications des auriculaires antérieure, supérieure et moyenne. Je résolus donc de consacrer une première opération à relever le pavillon et à le rapprocher du crâne et de réserver pour une seconde la correction de l'anomalie de contour.

Opération de redressement (17 mars 1908). — 1° Excision de la peau de la partie antérieure de la malformation, suivant un triangle ayant sa base sur la plicature et son sommet à deux centimètres plus bas ; excision semblable à la face postérieure de la malformation. La perte de substance ainsi réalisée forme de la sorte un losange.

2° Incision du cartilage de même forme que la précédente, décollement du cartilage de la face externe du pavillon, pour que celle-ci ne présente ultérieurement aucune cicatrice ; excision du losange cartilagineux. Dans cette excision, je n'ai laissé de cartilage au niveau de la plicature, tant du côté de l'hélix que de celui du crâne, que ce qu'il en fallait pour pouvoir faire une suture cartilagineuse solide. En raison de la laxité des téguments j'ai tracé le losange cutané un peu plus grand que le losange cartilagineux.

Le jet de sang, traduisant la section de la branche supérieure de l'auriculaire postérieure, fut facilement arrêté par l'application d'une pince à force-pressure.

3° Excision du trajet fistuleux sous-jacent à la plicature dans toute sa longueur.

4° Rapprochement des lambeaux cartilagineux et suture du cartilage à points séparés, au catgut fin.

5° Suture des lambeaux cutanés au crin de Florence fin.

Application d'un pansement légèrement compressif.

J'avais obtenu ainsi pour le pavillon un rapprochement normal du crâne et un relèvement d'un centimètre.

Seconde opération (19 mai 1908). — Excision de l'anomalie de contour : incision cutanée, excision de l'excès du bord cartilagineux et de l'excès de peau. Suture de la peau au crin de Florence fin. Onze mois après cette intervention, le résultat est excellent.

Obs. VI. — COCHERIL, thèse Paris, 1894.

X..., âgé de 2 ans 1/2 est porteur d'une difformité congénitale par vice d'orientation des deux pavillons. Ceux-ci sont situés dans un plan presque transversal, faisant avec la surface de la région mastoïdienne un angle d'environ 85°. Leurs plis et anfractuosités sont normaux.

Chloroformisation 1^{er} septembre 1894. Résection d'un lambeau cutané ovalaire sur la face interne des 2 pavillons. *Je ne touche pas au cartilage*. Suture aux crins de Florence en surjet. Ces pavillons prennent aussitôt leur orientation normale.

Le 5. — La direction des pavillons n'a pas varié depuis l'intervention. Je conseille cependant le port d'un bandeau pendant une quinzaine de jours.

A la fin septembre, la correction persistant à se maintenir, les pavillons sont abandonnés à eux mêmes. La difformité est nulle, la cicatrice invisible.

Obs. VII — COCHERIL, thèse de Paris, 1894.

Louise M..., 7 ans, est venue au monde avec une ptose du bord libre du pavillon de l'oreille gauche en avant et en bas. Le pavillon dans sa moitié supérieure est ployé sur lui-même de telle façon que la partie postéro-supérieure du bord libre de l'hélix, arrivé au niveau du tragus, cache la cavité de la conque. On redresse facilement le pavillon, mais aussitôt lâché, celui-ci reprend sa position anormale.

De plus, aussitôt après sa naissance, l'hélix se dirige presque horizontalement en avant, sur une longueur d'environ 1 cent 1/2 puis se réfléchit sur lui-même à angle aigu et se continue par le bord libre du pavillon.

L'élasticité du cartilage au niveau de l'angle de flexion rend aussi impossible le maintien de l'orientation régulière.

Intervention (D^r Delassus) octobre 1894. Incision sur la face postérieure du pavillon partant de l'angle antérieur de l'hélix et abou-

tissant au tiers supérieur de l'insertion du pavillon. Résection d'une partie ovale des téguments et du cartilage au niveau de l'angle de flexion. L'angle antérieur de l'hélix fut détaché du reste du pavillon et reséqué. Sutures.

Réunion parfaite : l'orientation vicieuse était corrigée en partie ; le pavillon tendait encore à prendre une inclinaison vicieuse, qui nécessita une nouvelle intervention.

Obs. VIII. (Résumée). — P. DELBET, *Bulletin de la Société de l'Internat*, avril 1904.

J'ai été consulté le 12 janvier 1904, par un jeune homme de 20 ans, qui présentait une malformation bilatérale du pavillon de l'oreille. Le pavillon était rabattu en avant au point qu'il existait à peine un sillon auriculo-mastoïdien. De plus, la partie supérieure de l'oreille retombait sur l'orifice auditif externe. En somme, l'oreille était reeroquevillée sur elle-même et saillante latéralement.

Pour combattre la difformité j'eus d'abord recours à des excisions de la conque en quartier d'orange pensant ainsi sinon redresser, du moins ramener dans le rang ces pavillons déformés. Ces excisions malgré leur étendue n'eurent pas tout le succès que j'en attendais. Je me rendis compte qu'il fallait, pour obtenir un résultat définitif, opposer à l'élasticité du cartilage, force constante ramenant le pavillon en avant, une autre force constante : cette force je songeai à la prendre dans le muscle temporal. Ayant mené une incision à peu près verticale dans le sillon auriculo-mastoïdien, je décollai les téguments sur l'oreille d'une part, sur la région auriculo-mastoïdienne d'autre part ; puis ayant incisé l'aponévrose du muscle temporal, j'isolai dans le corps charnu un faisceau ayant 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de haut environ : je l'insérai sur la conque non loin du bord libre. Je suturai par dessus tout le tégument. Pendant quelque temps le sillon auriculo-mastoïdien fut effacé puis il se reforma. L'oreille avait une bonne position et l'a gardée depuis l'opération.

Obs. IX. — ELY, *Zeitsch. f. Ohrenh.* 1882.

Il s'agit d'un garçon de 12 ans, qui vint consulter à la clinique des docteurs Ely et Roosa. Ses oreilles, décollées à un degré extraordinaire, étaient l'objet des moqueries de ses camarades.

Le 1^{er} mars 1881, j'ai opéré l'oreille droite de la manière suivante : j'ai fait une incision cutanée le long du sillon postérieur de l'oreille ; les deux extrémités de cette incision furent réunies par une seconde incision courbe tirée sur la surface postérieure du pavillon et le segment de peau ainsi délimité fut enlevé ainsi que le tissu conjonctif sous-jacent. Deux incisions à peu près parallèles aux premières et conduites à travers le cartilage permirent d'enlever un morceau elliptique de cartilage, long de 1 pouce $\frac{1}{8}$ et large de $\frac{1}{3}$ de pouce. Le lambeau de peau était beaucoup plus grand que le lambeau de cartilage. Trois points de suture intéressèrent la peau et le cartilage et sept autres points la peau seule. La réunion ne se fit pas partout par première intention et un petit espace guérit par bourgeonnement.

Le 19 avril 1881, j'opérais l'oreille gauche. Regardant le pavillon par transparence, j'enlevais avec le bistouri un bloc de cartilage et de la peau qui le recouvre tant en avant qu'en arrière. J'enlevais encore sur la surface postérieure autant de peau qu'il était nécessaire pour obtenir une plaie de même dimension que celle de la première opération. Sutures du cartilage et de la peau.

Cette méthode ne m'a pas plu comme la première.

Il était intéressant de savoir comment guérissaient ces plaies du cartilage. Le 1^{er} juin, la position de l'oreille est aussi parfaite qu'on peut le désirer ; les cicatrices sont invisibles.

Je ne sais si cette opération est nouvelle ou non, mais autant qu'on peut en juger par un seul cas, je ne puis que la recommander.

Obs. X. — FAUGÈRE, *Congrès fr. de chirurgie*, 1904.

Je suis consulté le 6 mars 1903, pour un enfant de 8 ans, le jeune Paul A..., que ses oreilles volumineuses et saillantes rendent

presque difforme. Les pavillons sont hypertrophiés : leurs bords, surtout à gauche, deviennent par leur enroulement et leur saillie en avant, tangents à un plan vertical mené à travers le conduit auditif externe. Leurs faces postérieures, au lieu de présenter les saillies et dépressions normales, n'offrent qu'une convexité unie.

Le 17 mars suivant je procède à l'opération.

Après anesthésie locale à la cocaïne et préparation ordinaire du champ opératoire, une incision est pratiquée, de forme irrégulièrement ovale, dont le grand axe vertical se confond avec le sillon rétroauriculaire, tandis que le sommet est dirigé en bas, sans atteindre le lobule.

Cette incision, qui intéresse en partie la mastoïde et en partie le pavillon, déborde sur celui-ci.

La peau est disséquée facilement. Une partie concentrique du cartilage est coupée, toute petite, mais suffisante pour permettre la plicature plus complète en arrière du pavillon et la correction plus parfaite de son éversion.

A ce moment le pavillon est absolument flasque. La correction de la difformité se fait parfaitement ; et si on ramène le pavillon à son attitude normale, la partie cruentée de cet organe s'applique exactement sur la partie cruentée de l'apophyse mastoïde. Sutures cutanées.

Au huitième jour, les fils sont enlevés et la compression continuée quelque temps. Excellent résultat.

Obs. XI. — GÉRAUD, *Journal de Médecine*, Paris, 1903.

Yvonne D. . . , âgée de 12 ans, m'est amenée par ses parents pour que j'essaie de remédier à un défaut de position de ses oreilles. Cette fillette présente depuis sa naissance un écartement bilatéral du pavillon de l'oreille qu'aucune compression n'est parvenue à modifier. En l'examinant, on est frappé de la dimension anormale du pavillon de l'oreille et de son inclinaison antérieure. L'angle dièdre délimité par le pavillon et la mastoïde est d'environ 50° un peu plus grand même du côté gauche. Cette antéversion est anatomiquement causée par un allongement anormal de la conque, qui

présentant une étendue et une convexité considérables, refoule en avant le reste du pavillon.

A part sa dimension un peu grande, le pavillon possède une conformation normale.

Yvonne D... ne présente aucune autre malformation.

Ces oreilles en antéverson valent à la fillette les moqueries constantes de ses camarades de classe qui l'appellent oreillard ; aussi est-elle très désireuse de faire remédier à ce qu'elle considère comme une infirmité.

Opération le 15 avril 1903. Dans le sillon rétroauriculaire du côté gauche, je circonscris un lambeau cutané en forme de côte de melon, long de 5 centimètres, large de 2 centimètres, par deux incisions courbes, l'une tracée sur la mastoïde, l'autre sur la face interne du pavillon, près de la limite externe de la conque. Le lambeau est disséqué et enlevé. Alors à l'aide de trois fils de catgut n° 0, je suture de haut en bas le cartilage de la conque au périoste de la mastoïde.

Cette suture ramène le pavillon dans une adduction suffisante. Mais, en même temps, elle provoque une incurvation de tout le pavillon, de telle sorte que le bord de l'hélix en haut et le lobule en bas se rapprochent légèrement. *Je suis alors obligé de placer deux fils en anses verticales à la face postérieure de la conque de façon à faire un pli horizontal qui diminue sa courbure.* Le pavillon reprend ainsi sa forme normale. Les deux lèvres de la plaie cutanée sont ensuite suturées.

La même opération est faite pour l'oreille droite. Pansement compressif.

Le sixième jour j'enlevai les fils cutanés. A ce moment les deux pavillons étaient en position tout à fait normale et leur bord séparé de la mastoïde par un espace de 1 centimètre. Pendant quinze jours environ, je fis comprimer les oreilles pendant la nuit avec une bande.

Actuellement, la déformation est en grande partie corrigée ; je dis en grande partie, parce que j'aurais voulu et dû obtenir mieux et si je n'ai pu y parvenir c'est que les catguts qui unissaient le cartilage de la conque au périoste de la mastoïde se sont résorbés trop

tôt, laissant ainsi se reproduire, en partie, la position défectueuse qu'avait le pavillon de l'oreille.

Avec des fils fins non résorbables, je suis certain que la réduction obtenue par la suture se serait intégralement maintenue.

Quoi qu'il en soit cette petite opération m'a permis de constater qu'il était possible de faire disparaître à coup sûr l'antéversion exagérée du pavillon de l'oreille ; mais que pour y parvenir il était nécessaire d'unir solidement avec des fils non résorbables le cartilage de la conque au périoste de la mastoïde et de plus qu'il fallait par quelques anses de fils placés sur la conque, créer sur celle-ci quelques plis horizontaux dans le cartilage pour diminuer sa convexité et aplatis par cela même l'ensemble du pavillon.

Obs. XII. — HECHT, *Arch. f. Ohrenh.*, 1898.

Cas de macrotie et de microtie combinées. La partie supérieure de l'hélix était très développée, repliée en bas et soudée à l'anthélix au voisinage de la conque. Le pavillon entier était fortement séparé du crâne, dont il était repoussé par un épais bourrelet large de 8 millimètres.

Excision cutanée. Excision d'un lambeau cartilagineux en forme de coin, provenant de la partie supérieure de l'hélix qui fut de la sorte séparé de l'anthélix et relevé. Le résultat définitif a été très bon.

Obs. XIII. — KEEN, *Annals of Surgery*, 1890.

MM. les D^{rs} Girvin et Musser m'envoyèrent, en février 1889, un malade âgé de 19 ans, affligé d'oreilles proéminentes. L'opération, que je décidai pour remédier à la difformité, fut faite de la manière suivante :

Excision d'un lambeau ovale de peau à la surface postérieure du pavillon : dans le long axe de cette perte de substance, un morceau long et étroit de cartilage fut enlevé en V, comme le sillon d'une charrue. On prit de grandes précautions pour ne pas couper la

peau antérieure de l'oreille. A gauche, sutures cutanées et cartilagineuses ; à droite, sutures cutanées seules. Le résultat fut aussi satisfaisant des deux côtés.

Le malade n'éprouva aucun malaise de l'opération et quitta le lit le jour suivant. Les points de suture ne furent enlevés que le 10^e jour.

Le résultat fut entièrement satisfaisant, la cicatrice n'était visible que lorsqu'on regardait attentivement. Il sera toujours nécessaire d'enlever un morceau de cartilage en forme de coin, en même temps qu'un large morceau ovale de peau. Si la peau seule est intéressée, l'élasticité naturelle du cartilage tirerait sur la cicatrice et, avec le temps, reproduirait la difformité.

Obs. XIV (inédite). — MALHERBE.

L'enfant L. B. . . , 7 ans, nous est conduit pour des végétations adénoïdes. Nous sommes frappés de la disposition de ses oreilles : les pavillons larges, mous, s'écartent du temporal, surtout dans les 2/3 supérieurs ; la portion cartilagineuse de la conque, très développée, contribue à maintenir les oreilles dans cette position.

Le 10 avril 1902, anesthésie au chlorure d'éthyle. L'oreille gauche est opérée la première : incision courbe rétro-auriculaire, commençant au niveau du bord supérieur du pavillon et venant presque rejoindre le lobule à la partie inférieure. Seconde incision concentrique à la première, pratiquée sur la conque même. Décollement du lambeau postérieur. Dissection du lambeau antérieur. Résection du cartilage à l'aide de ciseaux courbes. Sutures. L'oreille droite est opérée dans la même séance, de façon identique.

Résultat esthétique excellent.

Obs. XV (inédite). — MALHERBE.

Mlle S. P. . . , 10 ans. Les oreilles sont écartées de la tête dans une position très disgracieuse. Conque très développée.

Double opération le 4 novembre 1904 (anesthésie générale au chlorure d'éthyle).

Résection d'une partie du cartilage de la conque et plissement du cartilage. L'enfant est revu trois mois après : les oreilles sont en bonne position : on ne voit aucune cicatrice.

Obs. XVI (inédite). — MALHERBE.

A. C..., 5 ans 1/2. Les deux oreilles, à peu près normales comme dimensions, s'écartent de la tête, surtout la droite.

3 juin 1904, anesthésie au chlorure d'éthyle. A gauche, le cartilage est seulement plissé ; pas de résection de celui-ci. A droite, une petite tranche de cartilage est réséquée. Plissement. Résultat parfait.

Obs. XVII. — D. MOLLIÈRE, *Soc. des sec. médicales*, Lyon, 1888.

Oreille mal formée, d'aspect absolument ridicule, simulant une oreille de cochon. Le lobule fut d'abord détaché et l'oreille relevée. Restait l'exubérance du cartilage : il a été réséqué par derrière. Le résultat est une oreille parfaitement convenable.

Obs. XVIII. — MORESTIN, *Revue d'orthopédie*, 1903.

Cette observation est publiée page 40.

Obs. XIX. — MORESTIN, *ibid.*

Mon deuxième cas est analogue au précédent. Cependant la restauration n'a pas été comprise d'une façon identique, la difformité étant d'ailleurs un peu plus délicate à corriger. Le sujet est un petit garçon de dix-neuf mois, Paul X... Je l'ai opéré à l'hôpital Saint-Louis, le 7 mars. L'enfant est né à terme de parents bien portants, après une grossesse normale. Depuis, un autre enfant est né, parfaitement constitué. Lui-même est d'une bonne venue, d'apparence vigoureuse et n'a eu encore aucune maladie sérieuse.

Chez ce garçon, la forme des oreilles depare une figure éveillée et gentille, qui promet d'être intelligente. Les oreilles sont fortement écartées de la tête. En outre, elles sont très concaves, et les

deux moitiés, supérieure et inférieure, s'infléchissent l'une vers l'autre. Ainsi, chez ce sujet, le pavillon tend à prendre la forme d'une cupule à concavité tournée en avant. Cette disposition est surtout accusée à droite.

Le tubercule de Darwin est très accusé de ce côté. Comme je l'avais fait dans le premier cas, je pratiquai de chaque côté la résection d'une bande cutanée en arrière du pavillon de l'oreille. Deux incisions furent tracées, l'une en dedans du sillon rétro-auriculaire, l'autre en dehors, cette dernière en étant plus éloignée que la première, se réunissant, en haut, au niveau de sa partie antérieure, en bas, à son extrémité inférieure, et s'écartant d'un travers de doigt à la partie moyenne.

Cette résection tégumentaire laissait à découvert une certaine étendue du cartilage de la conque. J'enlevai quelques parcelles du fibro-cartilage, mais je compris bien vite qu'il y avait encore autre chose à faire pour obtenir et maintenir le redressement. Le cartilage du pavillon est une matière souple, plastique et modelable ; mais aussitôt rendu à lui-même, il reprend instantanément la forme primitive. Pour fixer celle qu'on lui a imprimée, il faut créer un obstacle capable de lutter d'une façon permanente contre cette tendance du fibro-cartilage à reprendre sa configuration ancienne.

Ramenant le pavillon en arrière et l'appliquant contre le crâne et la mastoïde, je vis que la pression exercée sur le pavillon déterminerait la formation d'un soulèvement, d'un pli nouveau faisant saillie du côté de la conque et qui n'était nullement disgracieux. Je me déterminai à rendre cette disposition permanente et plaçai pour cela trois points de suture au catgut, plissant le fibro-cartilage. A mesure que ces fils étaient serrés, on voyait le pavillon se redresser graduellement, se normaliser. La suture cutanée acheva la reposition. La traction exercée sur les téguments sembla même diminuer la saillie localisée de la partie supérieure de l'ourlet, si bien que je n'y touchai pas.

Il n'y eut pas de ligature à faire du côté droit ; à gauche, il fallut placer des fils sur deux artérioles. Les oreilles furent soigneusement maintenues et immobilisées à l'aide d'un bandage doucement com-

pressif. Les suites furent très heureuses. Dès le lendemain, le petit garçon recommençait à jouer et à s'alimenter.

Le premier pansement, le cinquième jour, montra tout en parfait état et, au bout d'une semaine, les soies fines qui avaient servi à recoudre la plaie, furent retirées.

La réunion primitive avait été obtenue intégralement. Le port d'un bandeau me paraissait de rigueur pendant un assez long temps encore, mais les parents ne voulurent point y contraindre leur enfant et le supprimèrent au bout d'une semaine. Du côté gauche, le résultat s'est maintenu irréprochable, mais à droite, la partie supérieure tend encore un peu à retomber. C'est peu de chose, mais il y a quelque chose. Une petite retouche serait nécessaire pour parachever la correction, il suffirait sans doute pour cela de supprimer un peu de peau sur la face postérieure du pavillon, au voisinage de sa partie supérieure. Mais les parents, redoutant de soumettre l'enfant à cette opération complémentaire, déclarent qu'il est bien ainsi et de fait, le résultat tel quel est très acceptable.

Obs. XX. — MORESTIN, *Revue d'orthopédie*, 1903.

Le troisième cas mérite d'être rapproché des précédents, car l'intervention a eu précisément pour but le replissement du pavillon, dont la partie supérieure était peu écartée, mais assez étalée.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, opéré le 2 avril 1903. Le père et la mère sont très misérables, mais normaux, physiquement du moins. Lui, est intercalé à deux autres garçons bien conformés. La malformation est unilatérale et porte sur l'oreille droite. Des deux côtés, à vrai dire, le pavillon est peut-être un tant soit peu plus écarté qu'il ne faudrait, mais pas assez pour choquer ni mériter d'intervention chirurgicale. Donc, l'oreille droite est déplissée dans sa partie supérieure et cette partie s'incline en avant et en bas. L'hélix porte un tubercule de Darwin assez développé.

L'anthélix, au lieu de se diviser en deux branches dans sa partie supérieure au moment où il se porte en avant, ne subit pas de

bifurcation. Le relief, qui devrait circonscrire en haut la fossette de l'anthélix, manque totalement. Le pli plus bas situé qui continue horizontalement l'anthélix à ce niveau, est peu accusé. Toute cette partie supérieure du pavillon est donc moins accidentée qu'elle ne devrait être, presque plane, et séparée en outre par la présence sur sa bordure d'un tubercule de Darwin. En examinant cette oreille, il était aisé de comprendre que les dimensions un peu plus grandes du pavillon de ce côté étaient en rapport avec l'effacement des plis, de même que son attitude défectueuse. En reconstituant ces plis sur le type habituel, on devait rendre à l'oreille, en même temps que des proportions et une attitude pareilles à celle du côté opposé, une configuration à peu près similaire. C'est ce que je m'efforçai d'obtenir par l'intervention suivante. J'enlevai sur la face postérieure du pavillon un fragment de peau de forme ovale, long de 3 centimètres, large de 10 à 12 millimètres. Ayant créé cette perte de substance, j'avais sous les yeux le fibro-cartilage. Il s'agissait d'y faire le pli convenable.

J'y réussis en plaçant quatre points de suture, non sans quelques tâtonnements. Je dus notamment m'y reprendre à deux ou trois fois pour placer, allant d'arrière en avant, le premier et le second point; tantôt ils n'étaient pas au bon endroit et le pli s'orientait mal, tantôt ils ne déterminaient pas la formation de ce pli. Enfin j'obtins à peu près ce qu'il fallait, la création d'une saillie externe répondant à la branche supérieure de bifurcation de l'anthélix.

Pour supprimer le tubercule marginal, j'aurais pu l'exciser et rapprocher ensuite les bords de la petite plaie. J'ai préféré ne pas laisser de cicatrice sur la bordure du pavillon. Je décollai la lèvre externe de la plaie, jusqu'au bord libre du fibro-cartilage, au niveau de la saillie précitée et mobilisai les téguments dans l'étendue de celle-ci et dans son voisinage immédiat. En attirant en dedans les téguments décollés, j'ai vu que cette saillie s'atténuait, s'effaçait, disparaissait par étalement du repli cutané qui la formait. La plaie fut enfin refermée par quelques points à la soie fine, et l'oreille immobilisée dans un pansement aseptique. Les suites ont été très bonnes, l'enfant s'est plaint pendant quelques heures, puis tout s'est calmé. Il a pu dormir la nuit suivante, et dès le len-

demain jouait avec d'autres garnements dans le ruisseau du faubourg Saint-Antoine. Les fils ont été coupés le 6^e jour. Au point de vue plastique, le but de l'intervention est complètement rempli, car la forme ne laisse en rien à désirer et les deux oreilles sont pour ainsi dire identiques.

Pourtant je regrette de n'avoir pas placé la cicatrice exactement dans le fond du sillon rétro-auriculaire, où elle eût été absolument visible.

Obs. XXI. — MORESTIN, *Archives générales de médecine*, 1905.

Lucien S..., cultivateur, habitant Sannois, dans la banlieue de Paris, m'est adressé le 26 décembre 1903 à l'hôpital Saint-Louis, et admis service d'isolement, n° 23.

Ce Lucien présente diverses malformations, bec-de-lièvre, configuration anormale et vice de position des oreilles, déviation congénitale du quatrième orteil, et sous le rapport intellectuel, il est à plaindre aussi (voir fig 4).

Il appartient à une famille nombreuse et misérable. Ses parents, d'ailleurs sains et robustes, ont eu 14 enfants, tous normaux, à part Lucien. Ce dernier a été réformé lors du tirage au sort. Il a toujours eu une peine infinie à trouver du travail « Jamais il n'a pu nous aider, écrit sa mère. Partout où il se présentait, il était repoussé toujours parce qu'il n'était pas comme un autre. »

Pris du désir d'être enfin « comme un autre », le pauvre garçon est résigné d'avance à ce que l'on voudra entreprendre dans le but d'améliorer sa forme extérieure

Il présente, avons-nous dit, un bec de lièvre. Cette malformation a été, dans la première enfance, l'objet d'une tentative opératoire, dont, le résultat est très imparfait. Il s'agissait, à la vérité, d'un cas complexe : bec-de-lièvre divisant la lèvre dans toute sa hauteur et ouvrant largement la narine, s'accompagnant d'étalement de l'aile correspondante, de déviation du nez, de fissure alvéolaire avec proéminence de la lèvre interne de la fissure.

On a fait, sur les bords de la division labiale, un avivement suivi de suture et la réunion a été partiellement obtenue.

Mais il persiste, d'une part, une encoche entamant profondément le bord libre, d'autre part, une encoche du côté de la narine, et enfin, derrière le pont labial, persiste une large communication naso-buccale.

Toutes les dents incisives supérieures font défaut, elles sont tombées successivement.

Quant aux oreilles elles sont arrêtées dans leur développement et repliées sur elles-mêmes. A droite, la disposition est telle, que ce qui aurait dû être la partie supérieure du pavillon est en rapport avec la partie inférieure du tragus et se continue avec lui. Le conduit auditif est masqué. La face du pavillon, qui aurait dû être tournée vers le crâne, est maintenant la face externe.

Elle forme avec le crâne un angle très obtus. Cette oreille est, en somme, toute ratatinée et recroquevillée. Elle est comparable aux « coquilles de beurre » de certains restaurants. Le lobule, tout petit, est adhérent dans toute sa hauteur. Extérieurement, les plis normaux ne peuvent être appréciés ; du côté de la conque, la vue est masquée par l'enroulement du pavillon. L'ouïe est notablement affaiblie.

A gauche, la difformité est moindre. L'oreille est insuffisamment développée. Son lobule, petit, est adhérent, le pli supérieur de l'anthélix manque, mais surtout l'orientation est fâcheuse.

Le pavillon est tellement éloigné de sa position normale, qu'il fait avec le crâne un angle obtus ouvert en arrière, mais il s'agit d'un angle à peine obtus, bien moins prononcé que du côté opposé.

Il y a une légère tendance au recroquevillement de la partie supérieure, mais l'orifice du conduit auditif et tous les détails de la face correspondante du pavillon sont à découvert.

Le pavillon est limité en haut par un véritable bord transversal, légèrement incliné de haut en bas et de dedans en dehors.

L'ouïe est également diminuée de ce côté, ce qui tient principalement, sans doute, à une considérable accumulation de cérumen dans le conduit auditif.

En définitive, ces malformations donnent au visage une expression de laideur indicible et excitent la plus vive répugnance ; et l'on conçoit que ce pauvre garçon soit d'un placement malaisé (fig. 4).

Le 28 décembre 1903, j'intervins : 1° pour amorcer la reposition des oreilles ; pour traiter le bec de lièvre. En ce qui concerne ce second point, il suffit d'indiquer sommairement que la cicatrice labiale fut réséquée, que les lèvres et les joues furent libérées, désinsérées et mobilisées, que les brides très résistantes qui unissaient les bords de la division labiale à ceux de l'encoche alvéolaire furent soigneusement sectionnées, que le lambeau de Mirault fut taillé sur le côté interne de l'encoche labiale, que la fermeture de la narine fut obtenue par le transport en dedans et la suture à la cloison de la partie externe du contour narinaire, et qu'enfin la lèvre fut reconstituée par des sutures cutanées d'une part et muqueuses de l'autre. Ajoutons pour mention que le résultat ultérieur fut satisfaisant et qu'il n'y eut plus à y revenir.

Pour les oreilles, dans cette séance du 28 décembre, je me bornai à préparer leur redressement ultérieur. Ainsi, à droite, je libérai le pavillon en avant, le sectionnant de bas en haut au niveau de son insertion, le séparant du tragus et continuant cette désinsertion jusqu'à sa partie la plus élevée. Le pavillon se laissa alors redresser, étaler quelque peu.

Le conduit auditif externe et la conque elle-même étaient remplis de cérumen et il fallut en faire un véritable curettage.

Les tranches cruentées résultant de la section précitée furent fermées, des points de suture rapprochant pour chacune d'elles les lèvres cutanées antérieure et postérieure.

Du côté gauche, un simple coup de ciseaux sectionne un petit repli constituant l'ébauche de ce qui existait à un degré si prononcé à droite et contribuait à porter l'oreille en avant et à replier sa partie supérieure.

Plus tard, le 25 janvier 1904, Lucien subit à l'hôpital Cochin un traitement plus complet au sujet de la malformation des oreilles. D'abord, je réséquai en arrière du pavillon et sur la partie voisine de la région mastoïdo-crânienne, une assez large bande de peau, tant pour ouvrir un large accès sur le fibro-cartilage que pour aider par cette réduction tégumentaire au maintien de la correction, Mais il était clair que dans un cas de déformation aussi prononcée, il fallait surtout s'attaquer au cartilage, en supprimer quelques

portions, y établir des brisures permettant dans une certaine mesure de modeler le pavillon et de lui imposer une forme rappelant un peu la normale. C'est ce que je fis, en tâtonnant, en enlevant au fur et à mesure de petits copaux fibro-cartilagineux, me reportant à la face externe pour juger de l'effet produit et déterminer les points où il convenait d'agir pour mieux briser les résistances.

Des catguts perdus maintinrent la correction. A gauche, l'intervention fut relativement simple. A droite,

le manque d'étoffe rendait les choses beaucoup plus ardues. La



FIG. 10. — Comparer avec fig. 4, p. 18).

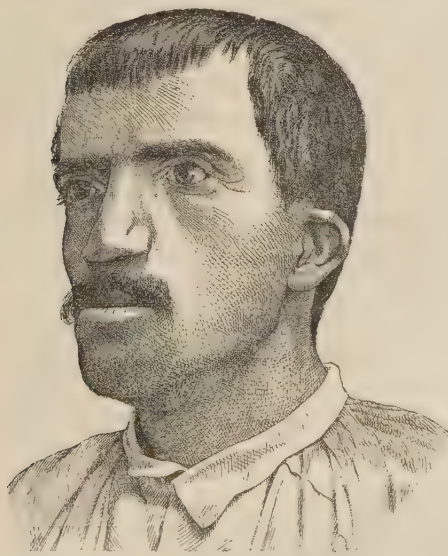


FIG. 11. — (Comparer avec fig. 4, p. 18).

partie supérieure du pavillon ne put être ramenée à une configuration normale, les éléments de la réparation faisant défaut pour la portion antérieure. Pour empêcher cette extrémité supérieure de retomber en position vicieuse, elle fut suturée en avant sur toute sa hauteur à la peau correspondante du crâne, préalablement avivée dans l'étendue nécessaire

Les plaies postérieures furent enfin réunies à la soie fine.

L'anesthésie locale par infiltration de cocaïne avait suffi pour mener à bien l'intervention.

Les suites furent très bonnes, et quant au résultat, il dépasse ce que nous attendions d'un cas aussi défavorable (fig. 10 et 11). Il est très vrai que le pauvre Lucien laisse encore à désirer, il est malheureusement certain que ses oreilles ne sont pas des modèles, mais par comparaison avec l'état ancien, notre homme est métamorphosé. Lui, il est extrêmement content et fier de cette transformation et sa reconnaissance pour le léger service qui lui a été rendu se manifeste d'une façon tellement exagérée qu'elle en est importune.

Obs. XXII. — MORESTIN, *Arch. gén. de Méd.*, 1905.

Cette observation est publiée, page 45.

Obs. XXIII. — MORESTIN, *Arch. gén. de Méd.*, 1905.

J... élève du lycée Charlemagne, âgé de 11 ans, m'est adressé le 1^{er} juin 1905, pour une difformité du pavillon de l'oreille, difformité congénitale, bilatérale et symétrique

L'enfant est robuste, grand et fort pour son âge, n'ayant jamais fait de maladie sérieuse et ne présentant par ailleurs aucune tare.

Les parents sont bien portants, et il n'y a rien à relever de leur côté, si ce n'est chez le père un certain degré de protrusion des oreilles.

L'enfant a deux frères plus jeunes que lui ; l'un est parfaitement constitué, l'autre présente une orientation vicieuse des oreilles, mais peu accentuée.

Elle est au contraire très accusée chez notre sujet. La difformité résulte exclusivement de cette orientation défectueuse, car les deux pavillons sont régulièrement configurés ; leurs dimensions ne sont pas excessives, les plis sont convenablement disposés et suffisamment en relief ; il n'y a pas de tubercules de Darwin. Mais à droite, comme à gauche, la direction du pavillon est telle que sa face postérieure forme avec la mastoïde et le crâne un angle obtus ouvert en arrière. C'est là une disposition des plus choquantes, et de ce

fait, notre sujet a dû subir déjà bien des railleries. Il paraît, en outre, que l'hiver, ces oreilles, cinglées par le vent froid, deviennent douloureuses.

Quant aux parents, ils ont toujours été chagrinés par la petite difformité de leur enfant, et depuis longtemps ils désirent beaucoup l'en voir débarrassé.

Ma proposition de corriger la fâcheuse orientation des oreilles est donc accueillie avec empressement par les parents et par le jeune garçon lui-même.

L'opération est pratiquée le 8 juin.

J'excisai en arrière de larges segments de peau, à l'aide de deux incisions courbes, passant l'une en dedans, l'autre en dehors du sillon auriculo-mastoïdien, se réunissant à angle aigu aux deux extrémités de ce sillon, et disposées de manière à emporter une étendue de téguments plus grande sur le pavillon que sur la région mastoïdo-crânienne.

Puis le fibro-cartilage mis à nu j'en réséquai verticalement un copeau, large de 7 à 8 millimètres, long de 4 à 5 centimètres.

Toute résistance du fibro-cartilage étant ainsi brisée, l'oreille ne devait plus avoir tendance à retourner dans sa position première pourvu que les tranches de section du fibro-cartilage fussent fixées l'une à l'autre. C'est ce que je fis en pratiquant cinq ou six points de suture au catgut. Puis les téguments furent affrontés et cousus avec des aiguilles de couturières enfilées de soie extrêmement fine.

L'opération fut identique des deux côtés.

Suites parfaites ; premier pansement le quatrième jour. Enlèvement des fils le 17 juin.

Guérison complète au treizième jour. Par précaution, on laisse un ruban maintenant les oreilles contre le crâne.

L'enfant retourne au lycée le 25 juin.

Obs. XXIV. — MORESTIN, *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*,
27 avril 1910.

Les malformations des oreilles qui sont si communes, peuvent très souvent être corrigées par des interventions cosmétiques. Voici par exemple un jeune homme chez lequel j'ai pu réparer une dif-

formité qui lui était extrêmement pénible. C'est un étudiant ; ses camarades n'ont pas toujours été indulgents à son endroit, et il a souffert beaucoup des réflexions qui ont pu leur échapper et des railleries inexprimées qu'il devinait parfois dans leurs regards. Actuellement il paraît normal, il est content, délivré d'une sorte de cauchemar, et sa vie est toute changée depuis que ses oreilles n'attirent plus l'attention. Chez lui, les deux pavillons étaient extrêmement écartés de la tête et portés en avant. Ils étaient plats, à peu près complètement dépliés. Enfin, ils étaient d'inégale grandeur, celui de droite étant plus étalé.

Le 30 octobre 1909, je l'ai opéré. J'ai excisé une très large bande de peau tant sur la face postérieure du pavillon que sur la partie correspondante du crâne. Puis j'ai excisé à droite et à gauche au niveau du fond de la conque une suffisante quantité de fibro-cartilage pour rendre la reposition facile, sans le moindre effort, sans la moindre traction. En outre, j'ai pratiqué des incisions et des résections partielles du fibro-cartilage, calculées de manière à rétablir à peu près les plis normaux du pavillon. J'ai assuré par des sutures perdues la reconstitution de ces plis, ainsi que la reposition du pavillon. Je me suis efforcé, en sacrifiant un peu plus de fibro-cartilage à droite et en combinant les résections et les sutures, de ramener l'oreille droite aux mêmes dimensions que celles de l'oreille gauche et à une configuration analogue. Enfin j'ai pratiqué les sutures cutanées à la soie fine. Comme tout cela a pu se faire par une plaie rétro-auriculaire, la cicatrice est dissimulée entièrement par le pavillon rapproché du crâne.

Le résultat de ces restaurations ne doit être jugé qu'au bout d'un certain temps. Quand on n'a pas fait de résections fibro-cartilagineuses ou des résections insuffisantes, il ne se maintient pas. Ici, le bénéfice est certainement acquis ; six mois se sont écoulés et les oreilles gardent la direction et la configuration que leur a imposées l'opération réparatrice (fig. 6, 7, 8 et 9).

Obs. XXV. — MSHANE, *Indiana medical Journal*, février 1906.

Jeune homme de 19 ans. Chacune des oreilles s'écartait de la tête à angle droit. Aspect très inesthétique, en raison de la proémi-

nence et de l'étendue des pavillons : ceux-ci étaient mous et sans relief.

Opération le 1^{er} décembre 1905. Résection cutanée elliptique. Le périchondre est avivé. Au niveau du siège supposé de l'anthélix, on pratique un plissement du cartilage au moyen de quatre à cinq points de catgut placés dans le cartilage, sans résection de celui-ci. Quand les fils furent noués, l'oreille présentait un repli artificiel à la propre place du repli normal de l'anthélix ; elle était diminuée de dimension et se trouvait en même temps à une distance normale de la tête. Sutures de la peau. Résultat excellent, plus d'un an après l'intervention.

Obs. XXVI (Inédite). — OMBRÉDANNE.

Cette observation est publiée, page 37.

Obs. XXVII. — OUSTON, *Brit. med J.*, 4 juillet 1903.

On m'amène à l'hôpital A. B... , âgé de 11 ans, et on me demande de remédier à la conformation de ses oreilles.

Il s'agit d'une disposition congénitale. Le bord de l'hélix est replié en avant d'un plan vertical passant par le centre du conduit auditif externe. Sur la surface postérieure du pavillon, se trouvent deux saillies beaucoup plus convexes que normalement. Les pavillons font ressort, lorsqu'on les applique contre le crâne, les cartilages s'opposant à tout redressement.

Anesthésie à l'éther.

1^o Oreille gauche. Un lambeau de peau de 8 mill. $\times$ 5 mill. est disséqué et enlevé au niveau de la convexité la plus proéminente. Le cartilage placé au-dessous de la perte de substance a été réséqué en cercle, perpendiculairement à sa surface : au moyen d'un séparateur de périoste, on a pu assez difficilement séparer le cartilage de la peau antérieure, mais sans faire de boutonnière. Le pavillon a été ensuite mobilisé et ramené contre la surface mastoïdienne, au niveau de laquelle on a créé une perte de substance. Sutures.

2^o Pour l'oreille droite, il a fallu en outre enlever des lambeaux de peau et de cartilage, en forme de dents de scie.

Obs. XXVIII. — ROUSSEAU, *Paris Chirurgical*, 1909.

Le malade se présente à la consultation de l'hôpital Péan, demandant s'il ne serait pas possible de le rendre un peu moins disgracieux et de lui permettre de passer inaperçu.

1° Incision sur presque toute la hauteur de la face postérieure de l'oreille et prolongée aussi bas que possible. Dissection de la peau. 2° Résection du fibro-cartilage sur une large surface losangique, à grande largeur répondant à la partie moyenne de la conque. 3° Dissection de la peau de la région temporale. Résection du lambeau cutané. Sutures.

Obs. XXIX. — WILLIAM THOMAS, *Brit. med. J.*, 17 octobre 1891.

Deux ou trois semaines avant l'opération, on appliquera l'oreille contre le crâne au moyen de collodion.

Ablation à la surface interne du pavillon d'une surface elliptique de peau, intéressant également le cartilage, au-dessous du centre de la surface cartilagineuse mise à nu. Il faut faire coïncider exactement la section de la peau et celle du cartilage. Suture des lèvres de l'incision cutanée. Réunion par première intention.

Obs. XXX (Résumée). — TUBBY, *Brit. med. Journ.*, 1891.

F.-H. H. . , 20 ans. L'oreille gauche était plus grande et plus proéminente que l'oreille droite, formant avec les parties latérales du crâne un angle presque droit. J'ai pu lui rendre un aspect symétrique par l'opération suivante :

Ablation d'une pièce elliptique de peau au niveau du sillon postérieur de l'oreille. Ablation du cartilage dans la partie la plus proéminente en faisant attention de ne pas faire de boutonnière à la peau de la face externe du pavillon. Suture de la plaie cartilagineuse. Suture de la peau.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les difformités congénitales du pavillon de l'oreille, les anomalies d'orientation sont les plus communes : elles s'accompagnent fréquemment de vices de configuration consistant en étalement et déplissement du pavillon.

II. — Le traitement de cette anomalie, stigmaté de dégénérescence, est purement chirurgical. Ces opérations, autrefois dites de complaisance, comptent parmi les indications les mieux justifiées de la chirurgie esthétique.

III. — Il n'est pas de bonne opération si l'on ne s'adresse au squelette fibro-cartilagineux du pavillon.

IV. — A l'orientation vicieuse, s'applique la « reposition » par résection cartilagineuse. Aux pavillons étalés et déplissés, convient la « réduction par plissement », véritable modelage du pavillon.

V. — Ces opérations non seulement ne s'excluent pas, mais peuvent être utilement associées. Quoique délicates, elles comportent des suites bénignes et fournissent les résultats les plus avantageux.

Vu :

Le Président de thèse,
RECLUS.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Apert. *Société médicale des hôpitaux*, 30 janvier 1903.
Astier et Aschkinasi. *Chirurgie de l'oreille*, Paris, 1900.
Barckwel et Beckett. *Med. news*, Philad., 1893.
Balzer et Alquier. *Société de dermatologie*, 1900.
Bishop. *Chicago clinical review*, novembre 1893.
Bouisson. *Gazette médicale*, Paris, 1870.
Burger. *Revue internat. de rhinologie*, novembre 1894.
Cabanes. *Curiosités historiques*.
Castex. In LE DENTU et DELBET, fascic. XVIII, 1909.
— *Revue hebdomad. de laryngologie*, avril 1909.
— et Berruyer. *Bulletin d'O. R. L.*, janvier 1911.
Chavanne. *Lyon médical*, septembre 1909.
— *Presse oto-laryngologique belge*, novembre 1909.
Cocheril. *De la restauration du pavillon de l'oreille*, th. Paris, 1894.
— *Revue de laryngologie*, 1895.
Delbet. *Bulletin Soc. de l'internat*, avril 1904.
Depage. *XVIII^e Congrès français de chirurgie*, 1905.
Doyen. *Thérapeutique chirurgicale*, t. II, 1909.
Duel. *Académie de médecine de New-York*, mai 1906 et novembre 1907.
Ely. *Zeitsch. f. Ohrenh.* XI, 1882.
Faugère. *Congrès français de chirurgie*, 1904.
Féré et Huet. *Soc. de biologie*, octobre 1885.
Fournier (E.) *Diagnostic de l'héredo-syphilis tardive*, 1907.
Géraud. *Journal de médecine de Paris*, octobre 1903.
Gersuny. *Wiener med. Wochens hr.*, 1903, LIII, p. 2233.
Goldstein. *Archives internat.*, O. R. L., 1909.
Gradenigo. *Congrès internat. d'otologie*, Paris, 1889.
Gruber. *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*.
Haug. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1894.
Hecht. *Arch. f. Ohrenh.*, 1898.

- Jobert de Lamballe. *Traité de chirurgie plastique*, 1849.
- *Rapport bull. Académie de médecine*, octobre 1855.
- Joseph. *Congrès internat. de méd.*, août 1900.
- Keen. *Annals of surgery*, janvier 1890, p. 49.
- Lucas. *Valeur des anomalies du pavillon de l'oreille*, th. Bordeaux, 1900.
- Mahu. *Soc. d'O. R. L.*, mai 1899.
- Malherbe. *Soc. d'O. R. L.*, mai 1905.
- Mayet. Les stigmates anatomiques de la dégénérescence. *Gazette des hôpitaux*, janvier 1901.
- Miller. *The correction of featural imperfections*, 1908.
- Mollière. *Lyon médical*, février 1888.
- Monks. *Boston med. and surg. J.*, 1891.
- Morestin. *Revue d'orthopédie*, 1903.
- *Archives générales de médecine*, 1905.
- *Soc. de chirurgie*, 1910.
- Mshane. *Indiana med Journal*, février 1906.
- Nélaton et Ombredanne. *Les autoplasties*, Paris, G. Steinheil, 1907.
- Ouston. *Brit. med. Journal*, juillet 1903.
- Payr. *Arch. für klin. Chirurg.*, 1906.
- Piel. *Malformations congénitales de l'oreille*, th. Paris, 1904.
- Rousseau. *Paris chirurgical*, 1909.
- Ruttin. *Wiener klinische Woch.*, novembre 1909.
- Regnault. *Archives internat. d'O. R. L.*, 1909.
- *Soc. anatomique*, mai 1909.
- Stet er. *Arch. f. Ohrenh.*, 1893.
- Testut. *Anatomie*, t. III.
- Thamm. *Fortschritte der Krankenpflege*, mars 1894.
- Thomas. *Brit. med. Journal*, octobre 1891.
- Tubby. *Brit. med. Journal*, 1891.
- Uffenorde. *Munch. med. Wochens.*, octobre 1907.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
Description	9
L'oreille anormale. — Sa signification	15
Pathogénie	20
Traitement	25
I. TRAITEMENT NON SANGLANT	25
II. — CHIRURGICAL	26
Historique	26
§ 1. — Préparation du malade. — Anesthésie. — Indications. — Contre-indications	30
§ 2. — Exposé des techniques	32
I. A. Résection cutanée	32
B. Pont cicatriciel	34
C. Quinlau, P. Delbet	35
II. Résection cartilagineuse	35
A. Procédés de Haug	35
— de P yr	36
— de Ombredanne	37
B. Méthodes de choix	39
1° Reposition	39
2° Redressement cosmétique	43
Suites et résultats	47
§ 3. — Critique des procédés	51
OBSERVATIONS	53
CONCLUSIONS	79
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	81

